



Aplikasyon Para sa Segurong Pagkalusugan at Tulong sa Pagbabayad ng Gastos

➔ **Mag-aplay nang mas mabilis online sa [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)**



Gamitin ang aplikasyong ito upang malaman kung sa aling pagsaklaw ka kwalipikado

- Mga Marketplace plan na naghahandog ng komprehensibong pagsasaklaw para tulungan kang manatiling mabuti.
- Isang kredito sa buwis na makakatulong agad mapababa ang mga premium mo para sa coverage sa kalusugan.
- Libre o murang coverage sa pamamagitan ng Medicaid, o sa Children's Health Insurance Program (CHIP). **Ang ilang lebel ng kita ay maaaring kuwalipikado para sa libre o murang mga programa.**



Sino ang maaaring gumamit ng aplikasyong ito?

- Gamitin ang aplikasyong ito para mag-apply para sa kaninoman sa sambahayan niyo.
- **Mag-apply kahit na ikaw, ang asawa mo o ang anak mo ay may pangkalusugang coverage na. Maaaring nararapat ka sa libre o mas mababang halagang coverage.**
- Kung ikaw ay walang asawa o partner, maaari kang gumamit ng maikling form. Bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Ang mga sambahayang may kasamang nararapat na mga imigrante at maaaring mag-apply. Maaari kang mag-apply para sa anak mo kahit na hindi ka nararapat sa coverage. Ang pag-apply ay hindi makakaapekto sa katayuan ng imigrasyon mo o mga pagkakataong maging permanenteng residente o mamamayan.
- Kung may isang taong tumutulong sa iyo na punan ang aplikasyong ito, maaaring kailangan mong kumpletuhin ang Appendix C.



Ano ang maaaring kailanganin mo para mag-aplay

- Mga Social Security Number (SSN) (o mga numero ng dokumento para sa sinumang nararapat na imigrante na kailangan ng coverage).
- Impormasyon ng employer at kita para sa lahat sa sambahayan mo (tulad ng mga mula sa pay stub, W-2 form, o statement ng sahod at buwis).
- Numero ng polisiya para sa anumang mga kasalukuyang segurong pangkalusugan.
- Impormasyon tungkol sa anumang kaugnay ng trabahong pangkalusugang insurance na makuha ng inyong sambahayan.



Bakit namin hinihingi ang mga impormasyong ito?

Aming tinatanong ang tungkol sa kita at iba pang impormasyon upang ipaalam sa iyo kung ano ang pagsakop na karapat-dapat para sa iyo at kung maaari kang makakuha ng kahit na anong tulong sa pagbabayad para dito. **Pananatilihin naming pribado at ligtas ang lahat ng mga impormasyon na iyong ibibigay, tulad ng inaatas ng batas.** Para sa Pahayag sa Privacy Act, bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tingnan ang mga tagubilin.



Ano ang susunod na mangyayari?

Magtabi ng kopya, at saka ipadala ang iyong kumpleto at nilagdaang aplikasyon sa address na nasa pahina 8. **Kahit wala ka ng lahat na impormasyon na hinihiling namin, lagdaan at isumite pa rin ang iyong aplikasyon.** Magpa-follow-up kami sa iyo sa loob ng 1-2 linggo, at **maaari kang makakuha ng tawag mula sa Marketplace kung kailangan pa namin ng impormasyon.** Makakakuha ka ng Abiso sa Pagiging Nararapat sa koreo matapos namin maproseso ang aplikasyon mo. Kapag hindi ka nakarinig mula sa amin, kontakin ang Marketplace Call Center. Ang pagpuno ng aplikasyong ito ay hindi nangangahulugan na kailangan mong bumili ng pangkalusugang coverage.



Kumuha ng tulong sa aplikasyong it

- **Online:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- **Telepono:** Tumawag sa Marketplace Call Center sa **1-800-318-2596**. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **1-855-889-4325**.
- **Nang harapan:** Maaaring may mga tagapayo sa iyong lugar na maaaring makatulong. Bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tumawag sa Marketplace Call Center sa **1-800-318-2596** para sa karagdagang impormasyon.
- **Iba pang mga wika:** Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre.

May karapatan kang makuha ang iyong impormasyon sa isang naa-access na format, tulad ng malaking print, braille, o audio. May karapatan ka ring maghain ng reklamo kung sa tingin mo ay nakakaranas ka ng diskriminasyon. Bisitahin ang [CMS.gov/accessibility-nondiscrimination](https://www.cms.gov/accessibility-nondiscrimination) o tumawag sa **1-800-318-2596**. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **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



I-print sa malalaking titik gamit ang itim o dark na asul na tinta lamang.

Punan ang mga bilog (○) tulad nito → ●.

Hakbang 1: Sabihan kami tungkol sa iyong sarili.

(Kailangan namin ng isang adult sa sambahayan na maging kakontak na tao para sa aplikasyon mo.)

1. Unang pangalan	Gitnang	Apelyido		Suffix
2. Tirahan (Iwanang blanko kung wala kang tirahan.)			3. Address sa bahay 2	
4. Lungsod	5. Estado	6. ZIP code	7. County	
8. Address para sa koreo (kung naiiba sa address ng tirahan)			9. Address sa koreo 2	
10. Lungsod	11. Estado	12. ZIP code	13. County	
14. Numero ng telepono		15. Pangalawang numero ng telepono		
16. Gusto mo bang makakuha ng impormasyon tungkol sa aplikasyong ito sa email? ☐ Oo ☐ Hindi				
Email address: _____				
17. Nais na wika:	Nakasulat		Sinasalita	

Hakbang 2: Sabihin sa amin ang tungkol sa sambahayan mo.

Sino ang kailangan mong isama sa aplikasyong ito?

Kumpletuhin ang mga pahina ng Hakbang 2 para sa bawat tao sa sambahayan mo, kahit na kung may pangkalusugang coverage na ang tao. Ang impormasyon sa aplikasyong ito ay makakatulong sa ating masiguro na ang lahat ay makakakuha ang pinakamabuting coverage. Ang dami ng tulong o klase ng programang kuwalipikado ka ay batay sa bilang ng mga tao sa sambahayan mo at kita ng sambahayan niyo. Kapag di ka nagsama ng sinuman, kahit na mayroon na silang pangkalusugang coverage, ang mga resulta ng pagiging nararapat mo ay maaapektuhan.

Para sa mga adultong nangangailangan ng pagsakop:

Isama ang mga taong ito **kahit na sila ay hindi nag-aaplay para sa kanilang sariling segurong pangkalusugan:**

- Asawa
- Alinmang anak na lalaki o babae na mas bata sa edad na 21 na kasama nila sa tirahan, kasama ang stepchildren
- Iba pang mga tao sa parehong pahayag ng pederal na buwis ng kita (kabilang ang mga anak na lagpas na sa edad 21 na binilang bilang dependent sa tax return ng magulang). Hindi mo na kailangang mag-file ng mga buwis para makakuha ng segurong pangkalusugan.

Para sa mga batang mas bata sa 21 taon na nangangailangan ng pagsakop:

Isama ang mga taong ito **kahit na sila ay hindi nag-aaplay para sa kanilang sariling segurong pangkalusugan:**

- Sinumang magulang (o stepparent) na kasama nila sa bahay
- Mga kapatid na nakatira kasama nila
- Mga anak na lalaki o babae na nakatira kasama nila, kabilang ang mga anak-anakan
- Sinumang asawang kasama nila sa tirahan
- Iba pang tao na nasa parehong pahayag ng pederal na buwis ng kita. Hindi mo na kailangang mag-file ng mga buwis para makakuha ng segurong pangkalusugan.

Kumpletuhin ang Hakbang 2 para sa bawat tao sa sambahayan mo.

Magsimula sa sarili mo, pagkatapos ay magdagdag ng mga ibang adult at bata. Kung may mahigit kang 2 tao sa sambahayan mo, kailangan mong gumawa ng kopya ng mga pahina at ilakip ito.

Hindi mo kailangang magbigay ng katayuan sa imigrasyon o mga SSN para sa mga miyembro ng sambahayan na hindi kailangan ng pangkalusugang coverage. Pananatiliin namin ang lahat ng impormasyong ibinigay mong pribado at ligtas ayon sa inaatas ng batas. Gagamitin lang namin ang personal na impormasyon para malaman kung nararapat ka sa pangkalusugang coverage.



Hakbang 2: TAO 1 (Magsimula sa iyong sarili.)

Kumpletuhan ang Hakbang 2 para sa sarili mo, sa iyong asawa/kapartner at mga umaasang nakatirang kasama mo at/o sinumang nasa parehong pederal na income tax return kung nagsumite ka ng isa. Tingnan ang pahina 1 para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung sino ang isasama. Kapag hindi ka nagsampa ng tax return, alalahaning idagdag pa rin ang mga tao sa sambahayan mo.

1. Unang pangalan	Gitnang pangalan	Apelyido	Suffix
2. Relasyon sa TAO 1?	3. May-asawa ka ba?	4. Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy)	5. Kasarian
SARILI	☐ Oo ☐ Hindi		☐ Babae ☐ Lalaki

6. Numero ng Social Security (SSN) - -

★ Kailangan namin ang isang numero ng Social Security (SSN) kung gusto mo ng sakop na pangkalusugan at may SSN o makakakuha ng isa. Kahit Gagamitin namin ang mga SSN upang suriin ang kita at iba pang impormasyon upang malaman kung sino ang nararapat sa tulong sa pagbabayad ng sakop na pangkalusugan. Para sa higit pang impormasyon para kumuha ng SSN, pumunta sa **SSA.gov** o tawagan ang Social Security sa 1-800-772-1213. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-800-325-0778.

7. **May plano ka bang mag-file ng pahayag ng pederal na buwis ng kita SA SUSUNOD NA TAON?** Maaari ka pa ring mag-aplay para sa seguro kahit na hindi ka mag-file ng isang pahayag ng pederal na buwis ng kita.

☐ **OO. Kung oo,** sagutan ang mga item a hanggang c. ☐ **HINDI. Kung hindi,** lumaktaw sa item c.

a. Magfa-file ka ba na kasama ang asawa? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, isulat ang pangalan ng asawa:

b. Maglalagay ka ba ng anumang mga dependent sa iyong tax return? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ilaran ang mga pangalan ng mga dependent:

c. Ikaw ba ay magiging dependent sa tax return ng ibang tao? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ilaran ang pangalan ng nag-file ng buwis: Ano ang kaugnayan mo sa magfa-file ng buwis?

8. Buntis ka ba? ☐ Oo ☐ Hindi a. **Kung oo,** gaano karaming mga sanggol ang inaasahan sa pagbubuntis na ito?

9. **Kailangan mo ba ng segurong pangkalusugan?** Kahit na mayroon ka ng seguro, maaaring mayroon pa ring programa na may mas mahusay na pagsakop o mas mababang gastos.

☐ **OO. Kung oo,** sagutin ang lahat ng mga tanong sa ibaba. ☐ **HINDI. Kung hindi,** lumaktaw sa mga tanong tungkol sa kita sa pahina 3.

Iwanang blanko ang mga natira sa pahinang ito.

10. Mayroon ka bang espesyal na pisikal, mental, o emosyonal na pangkalusugang kundisyon na nagdudulot ng limitasyon sa mga gawain (tulad ng paglikdo, pagbibihis, mga pang-araw-araw na gawain, atbp.), espesyal na pangkalusugang pangangailangan pangangailangan o nakatira sa medikal na pasilidad o nursing home? ☐ Oo ☐ Hindi

11. Ikaw ba ay **U.S. citizen** o **U.S. national**? ☐ Oo ☐ Hindi

12. Ikaw ba ay **naturalized** o **derived citizen**? (Karaniwang ibig sabihin nito na ipinanganak ka sa labas ng U.S.)

☐ **OO. Kung oo,** kumpletuhan ang a at b. ☐ **HINDI. Kung hindi,** magpatuloy sa tanong 13.

a. Numero ng alien card:

b. Numero ng sertipiko:

Pagkatapos mong makumpleto ang a at b, lumaktaw sa tanong 14.

13. **Kung ikaw ay hindi isang U.S. citizen o U.S. national,** mayroon ka bang karapat-dapat na katayuan sa imigrasyon?

☐ **OO.** Ipasok ang uri ng dokumento at numero ng ID. Pumunta sa mga tagubilin.

Uri ng dokumento sa imigrasyon

Uri ng katayuan (opsyonal)

Isulat ang iyong pangalan nang pareho sa iyong dokumento sa imigrasyon.

Alien o I-94 na numero

Numero ng card o numero ng passport

SEVIS ID o expiration date (opsyonal)

Iba pa (code ng kategorya o bansa na nagbigay nito)

a. Naninirahan ka ba sa Estados Unidos simula pa noong 1996? ☐ Oo ☐ Hindi

b. Ikaw ba, o ang iyong asawa o magulang, ay isang beterano o isang miyembro ng aktibong-pagsisilbi sa militar ng US? ☐ Oo ☐ Hindi

14. Gusto mo ba ng tulong sa pagbabayad para sa mga medikal na gastos mula sa nakaraang 3 buwan? ☐ Oo ☐ Hindi

15. Kasama mo bang nakatira ang isang batang kulang sa edad na 19, at ikaw ba ang pangunahing tao na nag-aalaga sa batang ito?

(Piliin ang "oo" kung ikaw o ang iyong asawa ang nag-aalaga sa batang ito.) ☐ Oo ☐ Hindi

Ilista ang mga pangalan at relasyon ng sinumang mga batang mas bata sa 19 na nakatira kasama mo sa inyong sambahayan:

16. Ikaw ba ay full-time na mag-aaral? ☐ Oo ☐ Hindi

17. Ikaw ba ay nasa foster care sa edad na 18 o mas matanda? ☐ Oo ☐ Hindi

Opsyonal: (Ang pagbibigay ng impormasyong ito ay hindi makakaapekto sa pagiging kwalipikado, mga opsyon sa plano, o gastos.)

19. Lahi: ☐ White ☐ Black o African American ☐ American Indian o Alaska Native ☐ Filipino ☐ Japanese ☐ Korean ☐ Asian Indian ☐ Chinese

☐ Vietnamese ☐ Iba pang Asian ☐ Native Hawaiian ☐ Guamanian o Chamorro ☐ Samoan ☐ Iba pang Pacific Islander ☐ Iba Pa

? **KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON?** Bisitahin ang **HealthCare.gov**, o tumawag sa aming **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **1-855-889-4325**.



Hakbang 2: TAO 1 (Magpatuloy sa iyong sarili.)

Kasalukuyang trabaho at impormasyon sa kita

- ☐ **Nagtatrabaho:** Kung kasalukuyan kang nagtatrabaho, sabihin sa amin ang tungkol sa iyong kita. Magsimula sa item 20.
- ☐ **Hindi nagtatrabaho:** Lumaktaw sa item 30.
- ☐ **Nagtatrabaho para sa sarili:** Lumaktaw sa item 29.

Kasalukuyang trabaho 1:

20. Pangalan ng taga-empleyo

a. Address ng taga-empleyo (opsyonal)

b. Lungsod

c. Estado

d. ZIP code

21. Numero sa telepono ng taga-empleyo

22. Sahod/tips (bago alisan ng buwis)

\$

☐ Oras-oras

☐ Lingguhan

☐ Bawat 2 linggo

☐ Dalawang beses sa isang buwan

☐ Buwanan

☐ Taunan

23. Ilan ang karaniwang oras ng pagtatrabaho bawat LINGGO

Kasalukuyang trabaho 2: (Kung mayroon kang karagdagang mga trabaho at kailangan ng dagdag na sulatan, ilakip ang isa pang papel.)

24. Pangalan ng taga-empleyo

a. Address ng taga-empleyo (opsyonal)

b. Lungsod

c. Estado

d. ZIP code

25. Numero sa telepono ng taga-empleyo

26. Sahod/tips (bago alisan ng buwis)

\$

☐ Oras-oras

☐ Lingguhan

☐ Bawat 2 linggo

☐ Dalawang beses sa isang buwan

☐ Buwanan

☐ Taunan

27. Ilan ang karaniwang oras ng pagtatrabaho bawat LINGGO

28. Sa nakalipas na taon, ikaw ba ay: ☐ Nagbago ng trabaho ☐ Tumigil magtrabaho ☐ Nagsisimulang magtrabaho ng mas kaunting oras ☐ Wala sa mga ito

29. Kung nagtatrabaho ka para sa sarili mo, sagutin ang a at b:

a. Uri ng trabaho:

b. Magkano ang netong kita (kita pag ang mga gastos ng negosyo ay nabayaran na) na makukuha mo mula sa pagtatrabaho mo para sa iyong sarili sa buwang ito? Pumunta sa mga tagubilin.

\$

30. Iba pang kitang makukuha sa buwang ito: Punan ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo nakukuha ito. Punan dito kung wala. ☐ **TANDAAN:** Hindi mo kailangang sabihin sa amin ang kita mo mula sa child support, mga pagbabayad sa beterano, o Supplemental Security Income (SSI).

☐ Kita mula sa unemployment

\$ Gaano kadalas?

☐ Natatanggap na alimony (Tandaan: Para lamang sa mga diborsiyong nasapinal bago ang 1/1/2019.)

\$ Gaano kadalas?

☐ Pensyon

\$ Gaano kadalas?

☐ Neto mula sa pagsasaka/pangingisda

\$ Gaano kadalas?

☐ Social Security

\$ Gaano kadalas?

☐ Neto mula sa paupahan/royalty

\$ Gaano kadalas?

☐ Mga account sa pagreretiro

\$ Gaano kadalas?

☐ Iba pang kita, uri:

\$ Gaano kadalas?

31. **Pagbabawas:** Punan ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo binabayaran ito. Kung nagbabayad ka para sa ilang mga bagay na maaaring ibawas sa isang pahayag ng pederal na buwis ng kita, pag sinabi mo ito sa amin maaaring maging mas mababa ang mga gastos mo sa seguro sa kalusugan.

Huwag isama ang suporta sa bata na binabayaran mo, o ang gastos na isinasalang-alang na sa iyong sagot sa net self-employment (tanong 29b).

☐ Alimony na binabayaran (Tandaan: Para lamang sa mga diborsiyong nasapinal bago ang 1/1/2019.)

\$ Gaano kadalas?

☐ Iba pang mga pagbabawas, uri:

\$ Gaano kadalas?

☐ Interes sa student loan

\$ Gaano kadalas?

32. **Kumpletuhin ang tanong na ito kung nagbago ang iyong kinikita sa taon,** tulad ng kung nagtatrabaho ka lang sa iilang bahagi ng taon o nakakakuha ka ng benepisyo para sa ilang partikular na buwan. Kung hindi mo inaasahang magbabago ang iyong buwanang kita, lumaktaw sa susunod na tao. ➔

Ang iyong kabuuang kita sa taong ito

\$

Ang kabuuan mong kita sa susunod na taon (kung sa palagay mo ay iba ito)

\$

☐ Punan kung sa palagay mo ang kita mo ay mahirap mahulaan.

Salamat! Ito ang lahat na kailangan naming malaman tungkol sa iyo.

? **KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON?** Bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **1-855-889-4325**.



Hakbang 2: TAO 2

Tandaan: Kung ang taong ito ay hindi kailangan ng segurong pangkalusugan, sagutin lamang ang mga tanong 1-10 sa pahinang ito. Gumawa ng kopya ng mga pahina 4-5 kung mayroong higit sa 2 tao sa iyong sambahayan.

Kumpletuhan ang pahinang ito para sa iyong asawa/partner at mga bata na nakatira kasama ninyo, at/o sinuman sa inyong pahayag ng pederal na buwis ng kita kung nag-file kayo nito. Kapag hindi ka nagsampa ng tax return, alalahaning idagdag pa rin ang mga tao sa sambahayan na nakatirang kasama mo. Tingnan ang pahina 1 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga taong dapat isama.

1. Unang pangalan	Gitnang pangalan	Apelyido	Suffix
2. Relasyon sa TAO 1? Pumunta sa mga tagubilin.	3. May-asawa ba si TAO 2? ☐ Oo ☐ Hindi	4. Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy))	5. Kasarian ☐ Babae ☐ Lalaki
6. Numero ng Social Security (SSN)		★ Kailangan namin ito kung gusto mo ng segurong pangkalusugan para kay TAO 2, at si TAO 2 ay may SSN.	
7. Si TAO 2 ba ay nakatira sa parehong address ni TAO 1? ☐ Oo ☐ Hindi Kung hindi, ilaran ang address:			
8. May plano bang mag-file ng pahayag ng pederal na buwis sa kita si TAO 2 SA SUSUNOD NA TAON? Maaari ka pa ring mag-aplay para sa seguro kahit na hindi mag-file si TAO 2 ng isang pahayag ng pederal na buwis sa kita. ☐ OO. Kung oo, sagutan ang mga item a hanggang c. ☐ HINDI. Kung hindi, lumaktaw sa item c.			
a. Magfa-file ba si TAO 2 kasama ng asawa? ☐ Oo ☐ Hindi Kung oo, ilaran ang pangalan ng asawa:			
b. Maglalagay ba ng sinumang dependents si TAO 2 sa kanyang pahayag ng buwis? ☐ Oo ☐ Hindi Kung oo, ilaran ang mga pangalan ng mga dependents:			
c. Magiging dependent ba si TAO 2 sa pahayag ng buwis ng ibang tao? ☐ Oo ☐ Hindi Kung oo, ilaran ang pangalan ng nag-file ng buwis: Ano ang kaugnayan ni TAO 2 sa magfa-file ng buwis?			
9. Buntis ba si TAO 2? ☐ Oo ☐ Hindi a. Kung oo, gaano karaming mga sanggol ang inaasahan sa pagbubuntis na ito?			
10. Kailangan ba ni TAO 2 ng segurong pangkalusugan? Kahit na mayroon ng seguro si TAO 2, maaaring mayroon pa ring programa na may mas mahusay na pagsakop o mas mababang gastos. ☐ OO. Kung oo, sagutin ang lahat ng mga tanong sa ibaba. ☐ HINDI. Kung hindi, lumaktaw sa mga tanong tungkol sa kita sa pahina 5. Iwanang blangko ang mga natira sa pahinang ito.			
11. Ang TAO 2 ba ay mayroong espesyal na pisikal, mental, o emosyonal na pangkalusugang kundisyon na nagdudulot ng limitasyon sa mga gawain (tulad ng paglikdo, pagbibihis, mga pang-araw-araw na gawain, atbp.), espesyal na pangkalusugang pangangailangan pangangailangan o nakatira sa medikal na pasilidad o nursing home? ☐ Oo ☐ Hindi			
12. Si TAO 2 ba ay U.S. citizen o U.S. national? ☐ Oo ☐ Hindi			
13. Si TAO 2 ba ay naturalized o derived citizen? (Karaniwang ibig sabihin nito na ipinanganak siya sa labas ng U.S.) ☐ OO. Kung oo, kumpletuhan ang a at b. ☐ HINDI. Kung hindi, magpatuloy sa tanong 14.			
a. Numero ng alien card		b. Numero ng sertipiko	
Pagkatapos mong makumpleto ang a at b, lumaktaw sa tanong 15.			
14. Kung hindi isang U.S. citizen o U.S. national si TAO 2, mayroon ba siyang karapat-dapat na katayuan sa imigrasyon? ☐ OO. Ipasok ang uri ng dokumento at numero ng ID. Pumunta sa mga tagubilin.			
Uri ng dokumento sa imigrasyon:		Uri ng katayuan (opsyonal):	
Isulat ang pangalan ni TAO 2 nang pareho sa kanyang dokumento sa imigrasyon.			
Alien o I-94 na numero		Numero ng card o numero ng passport	
SEVIS ID o expiration date (opsyonal)		Iba pa (code ng kategorya o bansa na nagbigay nito)	
a. Naninirahan ba si TAO 2 sa Estados Unidos simula pa noong 1996? ☐ Oo ☐ Hindi			
b. Si TAO 2 ba, o ang kanyang asawa o magulang, ay isang beterano o isang miyembro ng aktibong-pagsisilbi sa militar ng US? ☐ Oo ☐ Hindi			
15. Gusto ba ni TAO 2 ng tulong sa pagbabayad para sa mga medikal na gastos mula sa nakaraang 3 buwan? ☐ Oo ☐ Hindi			
16. Kasama bang nakatira ni TAO 2 ang isang bata na kulang sa edad na 19, at siya ba ang pangunahing tao na nag-aalaga sa batang ito? (Punan ng "oo" kung ang TAO 2 o ang asawa nila ay nag-aalaga ng batang ito.) ☐ Oo ☐ Hindi			
17. Sabihin sa amin ang mga pangalan at relasyon ng sinumang mga batang kulang sa edad na 19 na kasamang nakatira ni TAO 2 sa kanyang tahanan: (Maaaring maging pareho ang mga batang ito sa nakalista sa pahina 2.)			
Nasa foster care ba si TAO 2 sa edad na 18 o mas matanda? ☐ Oo ☐ Hindi			
Sagutan ang mga tanong na ito kung ang PERSON 2 ay 22 o mas bata:			
18. Nagkaroon ba ng seguro si TAO 2 mula sa trabaho at nawala ito noong nakalipas na 3 buwan? ☐ Oo ☐ Hindi			
a. Kung oo, petsa ng pagtatapos:		b. Dahilan na natapos ang seguro:	
19. Full-time na mag-aaral ba si TAO 2? ☐ Oo ☐ Hindi			
Opsyonal: (Ang pagbibigay ng impormasyong ito ay hindi makakaapekto sa pagiging kwalipikado, mga opsyon sa plano, o gastos.)			
21. Lahi: ☐ White ☐ Black o African American ☐ American Indian o Alaska Native ☐ Filipino ☐ Japanese ☐ Korean ☐ Asian Indian ☐ Chinese ☐ Vietnamese ☐ Iba pang Asian ☐ Native Hawaiian ☐ Guamanian o Chamorro ☐ Samoan ☐ Iba pang Pacific Islander ☐ Iba Pa			



KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Bisitahan ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tumawag sa amin sa 1-800-318-2596. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa 1-800-318-2596 at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-855-889-4325.



Hakbang 2: TAO 2

Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang kitang nakukuha ni TAO 2. Kumpletuhin ang pahinang ito kahit hindi kailangan ni TAO 2 ng segurong pangkalusugan.

Kasalukuyang trabaho at impormasyon sa kita

- ☐ **Nagtatrabaho:** Kung kasalukuyang nagtatrabaho si TAO 2, sabihin sa amin ang tungkol sa kanyang kita. Magsimula sa item 22.
- ☐ **Hindi nagtatrabaho:** Lumaktaw sa item 32.
- ☐ **Nagtatrabaho para sa sarili:** Lumaktaw sa item 31.

Kasalukuyang trabaho 1:

22. Pangalan ng taga-empleyo

a. Address ng taga-empleyo (opsyonal)

b. Lungsod

c. Estado

d. ZIP code

23. Numero sa telepono ng taga-empleyo

24. Sahod/tips (bago alisan ng buwis)

\$

☐ Oras-oras

☐ Lingguhan

☐ Bawat 2 linggo

☐ Dalawang beses sa isang buwan

☐ Buwanan

☐ Taunan

25. Ilan ang karaniwang oras ng pagtatrabaho bawat LINGGO

Kasalukuyang trabaho 2: (Kung mayroon kang karagdagang mga trabaho at kailangan ng dagdag na sulatan, ilakip ang isa pang papel.)

26. Pangalan ng taga-empleyo

a. Address ng taga-empleyo (opsyonal)

b. Lungsod

c. Estado

d. ZIP code

27. Numero sa telepono ng taga-empleyo

28. Sahod/tips (bago alisan ng buwis)

\$

☐ Oras-oras

☐ Lingguhan

☐ Bawat 2 linggo

☐ Dalawang beses sa isang buwan

☐ Buwanan

☐ Taunan

29. Ilan ang karaniwang oras ng pagtatrabaho bawat LINGGO

30. Sa nakalipas na taon, si TAO 2 ba ay: ☐ Nagbago ng trabaho ☐ Tumigil magtrabaho ☐ Nagsisimulang magtrabaho ng mas kaunting oras ☐ Wala sa mga ito

31. Kung ang TAO 2 ay may sariling pag-empleyo, kumpletuhin ang a at b:

a. Uri ng trabaho:

b. Magkano ang netong kita (kita kapag ang mga gastos ng negosyo ay nabayaran na) na makukuha ni TAO 2 mula sa pagtatrabaho niya para sa sarili sa buwang ito? Pumunta sa mga tagubilin.

\$

32. Iba pang kita na makukuha ni TAO 2 sa buwang ito: Punan ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas nakukuha ito ni TAO 2. Punan dito kung wala. **TANDAAN:** Hindi mo kailangang sabihin sa amin ang kita ni TAO 2 mula sa child support, mga pagbabayad sa beterano, o Supplemental Security Income (SSI).

☐ Kita mula sa unemployment

\$ Gaano kadalas?

☐ Natatangap na alimony (**Tandaan:** Para lamang sa mga diborsiyong nasapinal bago ang 1/1/2019.)

\$ Gaano kadalas?

☐ Pensyon

\$ Gaano kadalas?

☐ Neto mula sa pagsasaka/pangingisda

\$ Gaano kadalas?

☐ Social Security

\$ Gaano kadalas?

☐ Neto mula sa paupahan/royalty

\$ Gaano kadalas?

☐ Mga account sa pagreretiro

\$ Gaano kadalas?

☐ Iba pang kita, uri:

\$ Gaano kadalas?

33. **Mga Pagbabawas:** Punan ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas nakukuha ito ni TAO 2. Kung nagbabayad si TAO 2 para sa ilang mga bagay na maaaring ibawas sa isang pahayag ng pederal na buwis ng kita, pag sinabi ito sa amin maaaring maging mas mababa ang mga gastos sa seguro sa kalusugan.

Huwag isama ang suporta sa bata na binabayaran ng TAO 2, o ang gastos na isinasaalang-alang na sa sagot sa net self-employment (tanong 31b).

☐ Alimony na binabayaran (**Tandaan:** Para lamang sa mga diborsiyong nasapinal bago ang 1/1/2019.)

\$ Gaano kadalas?

☐ Iba pang mga pagbabawas, uri:

\$ Gaano kadalas?

☐ Interes sa student loan

\$ Gaano kadalas?

34. Kumpletuhin ang tanong na ito kung nagbago ang kinikita ni TAO 2 sa taon, halimbawa kung nagtrabaho nang ilang buwan lang si TAO 2 sa taon o tumanggap ng isang benepisyo para sa ilang mga buwan. Kung hindi inaasahan ng TAO 2 ang mga pagbabago sa kanilang buwanang kita, lumaktaw sa susunod na tao. ➔

Ang kabuuang kita ni TAO 2 sa taong ito

\$

Ang kabuuang kita ni TAO 2 sa susunod na taon

\$

☐ Punan kung sa palagay mo ang kita mo ay mahirap mahulaan.

Salamat! Ito ang lahat na kailangan naming malaman tungkol kay TAO 2.

KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tumawag sa amin sa 1-800-318-2596. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa 1-800-318-2596 at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-855-889-4325.



Hakbang 3: American Indian o Alaska Native (AI/AN) na (mga) miyembro ng sambahayan

1. Ikaw ba o sinuman ba sa sambahayan niyo ay American Indian o Alaska Native?

☐ **HINDI.** Kung hindi, magpatuloy sa Hakbang 4. ☐ **OO.** Kung oo, magpatuloy sa Hakbang 4, at kumpletuhin din ang Appendix B at isama sa aplikasyon.

Hakbang 4: Ang pangkalusugang coverage ng sambahayan niyo

1. Opsyonal: Kung nakatanggap ka ng premium tax credit noong nakaraang taon, nag-file ba ang iyong sambahayan ng tax return gamit ang impormasyon mula sa iyong Form 1095-A upang ayusin ang mga bayad na iyon para sa taong iyon?

☐ **OO,** nagsumite kami ng federal tax return at isinapinal ang premium tax credit o binigyan kami ng IRS ng extension.

2. Mayroon bang kahit sino na kasama sa aplikasyon na ito ang nalamang hindi karapat-dapat para sa Medicaid o sa Program sa Segurong Pangkalusugan sa mga Kabataan (CHIP) sa loob ng nakaraang 90 na araw? (Piliin lamang ang oo kung mayroong isa na nalamang hindi karapat-dapat sa pagsakop na ito ng iyong estado, hindi ng Pamilihan.) ☐ Oo ☐ Hindi

Sino? Petsa:

O, may sinuman ba sa aplikasyong ito ang nakitang hindi nararapar para sa Medicaid o CHIP dahil sa kanilang katayuan sa imigrasyon sa nakaraang 5 taon? ☐ Oo ☐ Hindi

Sino?

May sinuman ba sa aplikasyong ito ang nag-apply para sa coverage sa Marketplace Open Enrollment Period o makalipas ang pangkuwalipikang kaganapan sa buhay? ☐ Oo ☐ Hindi

Sino?

3. Ang sinuman ba sa aplikasyong ito ay inalok ng seguro sa kalusugan mula sa trabaho? Lagyan ng check ang oo kahit na ang seguro ay mula sa trabaho ng ibang tao, halimbawa kung mula sa magulang o asawa, kahit na hindi sila tumanggap ng pagsakop. Tsekan ang hindi kung ang hinahandog na pagsasaklaw ay COBRA.

☐ **OO.** Magpatuloy at kumpletuhin ang Appendix A. ☐ **HINDI.**

Kung oo, ito ba ay isang planong benepisyo ng empleyado ng estado? ☐ Oo ☐ Hindi

May sinuman bang nakalista sa aplikasyong hahandugan ng indibiduwal na pagsasaklaw na Health Reimbursement Arrangement (HRA) o isang Qualified Small Employer HRA (QSEHRA)? ☐ Oo ☐ Hindi

4. Ang sinuman ba ay nakatala na sa segurong pangkalusugan sa ngayon?

☐ **OO.** Kung oo, magpatuloy sa tanong 5. ☐ **HINDI.** Kung hindi, LUMAKTAW sa Hakbang 5.

5. Impormasyon tungkol sa kasalukuyang segurong pangkalusugan. (Gumawa ng kopya ng pahinang ito kung may higit sa 2 tao na mayroon nang segurong pangkalusugan.) Isulat ang uri ng seguro, tulad ng seguro mula sa trabaho, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, programa sa pangangalaga ng kalusugan ng VA, Peace Corps, o iba pa. (Huwag sabihin sa amin ang tungkol sa TRICARE kung mayroon kang Direct Care o Line of Duty.)

Pangalan ng taong nakatala sa segurong pangkalusugan

Uri ng seguro:

☐ Seguro mula sa trabaho ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programa sa pangangalaga ng kalusugan ng VA
☐ Peace Corps ☐ Iba Pa

TAO 1: Kung ito ay seguro mula sa trabaho: (Kailangan mo ring kumpletuhin ang Appendix A.)

Pangalan ng kumpanya ng segurong pangkalusugan

Policy/Numero ng ID

Kung ito ay iba pang uri ng seguro: ☐ Punan ito kung ito ay sakop pangkalusugan sa Marketplace.

Pangalan ng kumpanya ng segurong pangkalusugan

Policy/Numero ng ID

Ito ba ay isang limitadong-benepisyo na plano, tulad ng isang plano para sa aksidente sa paaralan? ☐ Oo ☐ Hindi

Pangalan ng taong nakatala sa segurong pangkalusugan

Uri ng seguro:

☐ Seguro mula sa trabaho ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programa sa pangangalaga ng kalusugan ng VA
☐ Peace Corps ☐ Iba Pa

TAO 2: Kung ito ay seguro mula sa trabaho: (Kailangan mo ring kumpletuhin ang Appendix A.)

Pangalan ng kumpanya ng segurong pangkalusugan

Policy/Numero ng ID

Kung ito ay iba pang uri ng seguro: ☐ Punan ito kung ito ay sakop pangkalusugan sa Marketplace.

Pangalan ng kumpanya ng segurong pangkalusugan

Policy/Numero ng ID

Ito ba ay isang limitadong-benepisyo na plano, tulad ng isang plano para sa aksidente sa paaralan? ☐ Oo ☐ Hindi



KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **1-855-889-4325**.

Hakbang 5: Ang iyong kasunduan at lagda



1. Sumasang-ayon ka ba na payagan ang Marketplace na gamitin ang impormasyon sa iyong kita,

kabilang ang impormasyon mula sa mga pahayag ng buwis, para sa susunod na 5 taon? ☐ Oo ☐ Hindi

Para mapadaling madetermina ang pagiging nararapat mo sa tulong sa pagbabayad sa coverage sa mga taon sa hinaharap, maaari kang sumang-ayong pahintulutan ang Marketplace na gamitin ang in-update na datos ng kita kasama ang impormasyon mula sa mga tax return. Magpapadala ang Marketplace ng abiso at pahihintulutan kang gumawa ng mga anumang pagbabago. Susuriin ng Marketplace para masiguro na nararapat ka pa rin, at maaaring ipakumpirma sa iyo na kuwalipikado pa rin ang kita mo. Maaari kang mag-opt out anumang oras..

Kung hindi, awtomatikong kunin ang aking impormasyon para sa susunod na: ☐ 5 taon ☐ 4 taon ☐ 3 taon ☐ 2 taon ☐ 1 taon

☐ Huwag gamitin ang aking impormasyon sa buwis upang muling tingnan ang aking pagiging karapat-dapat para sa tulong sa pagbabayad sa segurong pangkalusugan (ang pagpili sa opsyon ng ito ay maaaring maka-apekto sa iyong kakayahang makakuha ng tulong sa pagbabayad para sa seguro sa panahon ng muling pag-aaplay dito.)

2. May sinuman bang naga-aplay para sa segurong pangkalusugan sa aplikasyong ito na nasa kulungan (naka-presyo o bilanggo)? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, sabihin sa amin ang pangalan ng tao. Ang pangalan ng nakakulong na tao ay:

☐ Punan dito kung ang taong ito ay nahaharap sa disposisyon ng mga naisampung kaso.

Kung sinuman sa aplikasyon mo ay naka-enroll sa Marketplace coverage at sa kalaunan ay nakitang may ibang pangkuwalipikang pangkalusugang coverage (tulad ng Medicare, Medicaid, o CHIP), awtomatikong tatapusin ng Marketplace ang kanilang Marketplace plan coverage. Makakatulong itong masiguro na sinumang nakitang may ibang pangkuwalipikang coverage ay hindi mananatiling naka-enroll sa Marketplace coverage at kailangang magbayad ng buong halaga.

- ☐ Sumasang-ayon akong pahintulutan ang Marketplace na tapusin ang Marketplace coverage ng mga tao sa aking aplikasyon sa sitwasyong ito.
- ☐ Hindi ko binibigyan ang Marketplace ng pahintulot na tapusin ang Marketplace coverage sa sitwasyong ito. Nauunawaan ko na ang mga apektadong tao sa aplikasyon ko ay hindi na nararapat sa tulong pinansiyal at dapat magbayad ng buong halaga para sa kanilang Marketplace plan.

Kung sinuman sa aplikasyong ito ay karapat-dapat para sa Medicaid:

- Ako ay nagbibigay sa ahensiya ng Medicaid ng aming mga karapatan upang subukang makakuha at kumuha ng pera mula sa iba pang segurong pangkalusugan, mga legal na pakikipag-ayos, o iba pang mga third party. Ako ay nagbibigay sa ahensiya ng Medicaid ng mga karapatang subukang makakuha at kumuha ng medikal na suporta mula sa asawa o magulang.
- Ang sinumang bata ba sa aplikasyon na ito ay may isang magulang na nakatira sa labas ng tahanan? ☐ Oo ☐ Hindi
- Kung oo, alam kong hihilingin akong makipagtulungan sa ahensiya na nagkokolekta ng medikal na suporta mula sa isang absent na magulang. Kung sa tingin ko na ang pakikipagtulungan na kumolekta ng suportang medikal ay makakapinsala sa akin o sa aking mga anak, masasabi ko ito sa Medicaid at maaaring hindi ko kailangang makipagtulungan.
- Nilalagdaan ko ang aplikasyong ito sa ilalim ng multa ng perjury o ng pagsisinugaling habang nanunumpa, na nangangahulugang nagbigay ako ng tunay na mga sagot sa lahat ng tanong sa form na ito sa abot ng aking kaalaman. Alam ko na maaaring malapat sa akin ang mga parusa sa ilalim ng pederal na batas kung sinadya kong magbigay ng mali o hindi totooang impormasyon.
- Alam ko na dapat sabihin kong sabihan ang Health Insurance Marketplace® sa loob ng 30 araw kung may anumang bagay na nagbago (at naging iba kaysa) sa aking sinulat sa aplikasyong ito. Maaari ko bang bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o tumawag sa **1-800-318-2596** para mag-ulat ng anumang mga pagbabago. Nauunawaan ko na ang pagbabago sa aking impormasyon ay maaaring makaapekto sa aking pagiging karapat-dapat pati na rin sa pagiging karapat-dapat ng (mga) miyembro ng aking sambahayan.
- Alam ko na ayon sa batas ng pederal, hindi pinapayagan ang diskriminasyon batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, o kapansanan. Maaari akong magsampa ng reklamo ng diskriminasyon sa pamamagitan ng pagbisita sa [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint).
- Alam ko na ang impormasyon sa form na ito ay gagamitin lamang upang matukoy ang pagiging karapat-dapat para sa segurong pangkalusugan, tutulongang magbayad para sa pagsakop (kung hiniling), at para sa mga layuning ayon sa batas ng Marketplace at mga programa na tumutulong na magbayad ng seguro.

Kailangan namin ang impormasyong ito upang suriin ang iyong pagiging karapat-dapat para sa tulong sa pagbabayad para sa segurong pangkalusugan kung piliin mong mag-aplay. Susubukan naming suriin ang iyong mga sagot gamit ang impormasyon sa aming mga elektronikong database at mga database mula sa Internal Revenue Service (IRS), Social Security, ang Department of Homeland Security, at/o isang ahensya ng pag-uulat ng consumer. Kung hindi tugma ang impormasyon, maaaring hilingin namin sa iyong padalhan kami ng kumpirmasyon.

Ano ang dapat kong gawin kung sa palagay ko ay mali ang aking abiso sa pagiging nararapat?

Makakakuha ka ng Abiso sa Pagiging Kwalipikado sa koreo pagkatapos naming iproseso ang iyong aplikasyon. Kung hindi ka sumasang-ayon kung para saan ka karapat-dapat, sa ilang mga sitwasyon, maaari kang mag-apela. Repasuhin ang iyong Abiso sa Pagiging Nararapat para makahanap ng mga apelang tagubilin na partikular sa bawat tao sa sambahayan mo na nag-apply sa pagsasaklaw, kabilang ang kung ilang araw mayroon ka para humiling ng apela. Narito ang mahalagang impormasyon na dapat isaalang-alang kapag humihiling ng apela:

- Maaaring mayroong ibang tao na humiling para sa o lumahok sa iyong apela kung nais mo. Ang taong iyon ay maaaring isang kaibigan, kamag-anak, abugado, o iba pang indibidwal. O kaya, maaari kang humiling lumahok sa iyong apela nang ikaw lang.
- Kung humiling ka ng isang apela, maaari mong mapanatili ang iyong pagiging karapat-dapat para sa pagsakop habang ang iyong apela ay nakabinbin.
- Ang kakalabasan ng isang apela ay maaaring baguhin ang pagiging karapat-dapat ng iba pang mga miyembro ng iyong pamilya.

Upang iapela ang iyong mga resulta sa pagiging karapat-dapat sa Marketplace, bisitahin ang [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals/). O tumawag sa Marketplace Call Center sa **1-800-318-2596**. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **1-855-889-4325**. Maaari mo ring ipadala sa koreo ang isang form ng kahilingan sa pag-apela o ang iyong sariling sulat na humihiling ng isang apela sa **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Maaari mong iapela ang pagiging karapat-dapat para sa pagbili ng segurong pangkalusugan sa Marketplace, ang tagal ng pagpapatala, ang mga kredito sa buwis, ang mga pagbawas ng pagbabahagi ng bayad, ang Medicaid, at CHIP, kung tinanggihan kang bigyan ng mga ito. Kung kwalipikado ka para sa mga kredito sa buwis o sa mga pagbawas ng pagbabahagi ng bayad, maaari mong iapela ang halagang natukoy namin na karapat-dapat para sa iyo. Depende sa iyong estado, maaari kang mag-apela sa Marketplace o maaaring kailangan mong humiling ng apela sa Medicaid ng estado o sa ahensya ng CHIP.

Dapat lagdaan ni TAO 1 ang aplikasyong ito. Kung ikaw ay isang awtorisadong kinatawan, maaari kang lumagda dito basta't nilagdaan ni TAO 1 ang Appendix C.

Lagda

Petsa ng paglagda (mm/dd/yyyy)

/ /

Kung nilalagdaan mo ang aplikasyong ito sa labas ng Open Enrollment (sa pagitan ng Nobyembre 1 at Enero 15), siguraduhin na suriin ang Appendix D ("Mga tanong tungkol sa mga pagbabago sa buhay").



KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **1-855-889-4325**.

Hakbang 6: Ipadala sa koreo ang nakumpletong aplikasyon



Ipadala ang iyong nilagdaang aplikasyon sa:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001



Kung nais mong magparehistro upang makaboto, maaari mong kumpletuhin ang isang form sa pagpaparehistro ng botante eac.gov.

Pagkuha ng Tulong sa isang wika maliban sa Ingles

Kung ikaw, o ang isang tao na tinutulungan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Health Insurance Marketplace, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa **1-800-318-2596**.

Narito ang isang listahan ng mga magagamit ng mga wika at ang kaparehong mensahe na ibinibigay sa itaas sa mga ganoong wika:

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.

PRA Pahayag ng Pagbubunyag: Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995, walang tao na kinakailangang tumugon sa pagkolekta ng impormasyon maliban kung ito ay nagpapakita ng wastong OMB control number. Ang wastong OMB control number para sa pagkolekta ng impormasyon ay 0938-1191. Ang kinakailangang panahon upang makumpleto ang pagkolekta ng impormasyon ay tinataya sa pangkalahatan na 45 minuto para sa bawat sagot, kabilang ang oras upang masuri ang mga tagubilin, maghanap ng umiiral nang mga mapagkukunang data, mangalap ng mga kinakailangang data, at kumpletuhin at suriin ang mga koleksyon ng impormasyon. Kung mayroon kang mga komento tungkol sa katumpakan ng (mga) pagtantiya sa oras o mga mungkahi para sa pagpapabuti ng form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Bisitahin ang HealthCare.gov, o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **1-855-889-4325**.

Pagkuha ng Tulong sa isang wika maliban sa Ingles (Karugtong)

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 વીમાં 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。

PRA Pahayag ng Pagbubunyag: Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995, walang tao na kinakailangang tumugon sa pagkolekta ng impormasyon maliban kung ito ay nagpapakita ng wastong OMB control number. Ang wastong OMB control number para sa pagkolekta ng impormasyon ay 0938-1191. Ang kinakailangang panahon upang makumpleto ang pagkolekta ng impormasyon ay tinataya sa pangkalahatan na 45 minuto para sa bawat sagot, kabilang ang oras upang masuri ang mga tagubilin, maghanap ng umiiral nang mga mapagkukunang data, mangalap ng mga kinakailangang data, at kumpletuhin at suriin ang mga koleksyon ng impormasyon. Kung mayroon kang mga komento tungkol sa katumpakan ng (mga) pagtantiya sa oras o mga mungkahi para sa pagpapabuti ng form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **1-855-889-4325**.



Appendix A: Segurong Pangkalusugan mula sa Trabaho

HINDI MO kailangang sagutin ang mga tanong na ito maliban kung ang isang tao sa sambahayan ay karapat-dapat para sa segurong pangkalusugan mula sa isang trabaho, kahit na sila ay hindi tumatanggap ng pagsakop. Hindi mo kailangang sagutan ang mga tanong na ito kung ang tanging pagsasaklaw na hinahandog ng tao ay COBRA. Maglakip ng kopya ng pahinang ito para sa bawat trabaho na nag-aalok ng seguro.

Sabihin sa amin ang tungkol sa trabaho na nag-aalok ng pagsakop.

Gumawa ng kopya ng pahinang ito at dalhin ito sa mga tagapag-empleyo na nag-aalok ng seguro upang matulungan kang sagutin ang mga tanong na ito.

Impormasyon ng empleyado

1. Pangalan ng empleyado (Una, Gitna, Huling)	2. Social Security Number ng Empleyado

Impormasyon ng taga-empleyo

3. Taga-Employo/pangalan ng kompanya	
4. Employer Identification Number (EIN)	5. Numero sa telepono ng employer

Ngayon, ipasok ang impormasyon ng isang tao o departamento na namamahala ng mga benepisyo ng empleyado. Maaaring makipag-alam kami sa taong ito kung kailangan namin ang karagdagang impormasyon:

6. Isang tao o departamento na maaari kaming makipag-alam tungkol sa sakop pangkalusugan ng empleyado		
7. Lugar ng Taga-Employo (ang Pamilihan ay maaring magpadala ng mga abiso sa lugar na ito)		
8. Lungsod	9. State	10. ZIP code
11. Numero ng telepono (kung naiiba sa itaas)	12. Email address	

13. Hinahandugan ba ang empleyado ng pagsasaklaw sa kalusugan ng employer na ito? Piliin lang ang "oo" kung may hinahandog silang pagsasaklaw mula sa simula ng susunod na buwan, o mula sa Enero 1, kung nag-a-apply sa panahon ng Open Enrollment (Nobyembre 1 - Enero 15).

☐ **OO** (Magpatuloy) ☐ **HINDI (TAGA-EMPLEYO: HUMINTO at ibalik ang porm na ito sa empleyado.**
EMPLEYADO: ibalik ang iyong aplikasyon para sa sakop sa Marketplace.)

Nag-aalok ba ang taga-empleyo ng isang planong pangkalusugan na sumasakop sa asawa o (mga) sustentado ng empleyado?

☐ **OO.** Kung oo, aling mga tao? ☐ Asawa ☐ (Mga) Sustentado ☐ **HINDI** (Pumunta sa tanong 14.)

Ilista ang mga pangalan ng sino pa man sa sambahayan ng empleyado na karapat-dapat sa sakop mula sa trabahong ito.

Pangalan: Pangalan: Pangalan:

Sabihin sa amin ang tungkol sa pinakamababang gastos na planong pangkalusugan na inaalok ng taga-empleyong ito.

14. Nag-aalok ba ang taga-empleyo ng isang planong pangkalusugan na tutugon sa pamantayan ng minimum na halaga *?
☐ OO (Pumunta sa tanong 15.) ☐ HINDI (HUMINTO at ibalik ang form na ito sa empleyado.)
15. Magkano ang kailangang bayaran ng empleyado para sa pinakamababang halaga ng plano na inialok sa empleyado lamang na tutugon sa pamantayan ng pinakamababang halaga*? Huwag isama ang mga planong pampamilya.
a. Babayaran ng empleyado ang premium na ito: \$
NOTA: Itala ang pinakamababang halaga na maaaring bayaran ng empleyado para sa sakop na pangkalusugan.
b. Babayaran ng empleyado ang halagang ito: ☐ Lingguhan ☐ Bawat 2 linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Isang beses sa isang buwan ☐ Sangkapat na buwan sa isang taon ☐ Taunan
16. Kung ang mga ibang miyembro ng sambahayan ay nakalista para sa tanong 13: Magkano ang ibabayad ng empleyado para sa pinakamababang halagang plano na sumasaklaw sa empleyado at mga miyembro ng sambahayang nakalista sa tanong 13? Kung naghahandog ang empleyado ng mga wellness na programa, ilagay ang premium na babayaran ng empleyado kung nakakuha ang empleyado ng maximum na diskuwento para sa anumang mga programa sa paghinto ng tabako at hindi nakakuha ng anumang ibang diskuwento batay sa mga wellness na programa.
a. Babayaran ng empleyado ang premium na ito: \$
b. Babayaran ng empleyado ang halagang ito: ☐ Lingguhan ☐ Bawat 2 linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Isang beses sa isang buwan ☐ Sangkapat na buwan sa isang taon ☐ Taunan

* Ang planong pangkalusugan ay tutugon sa pamantayan ng pinakamababang halaga kung ito ay magbayad ng kahit 60% man lamang ng kabuuang gastos sa mga serbisyong medikal para sa isang pamantayang populasyon at mag-aalok ng malaking sakop sa ospital at mga serbisyo ng doktor. Karamihan sa mga planong nakabase-sa-trabaho ay tumutugon sa pamantayan ng pinakamababang halaga.



KAILANGAN NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Bisitahin ang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), o tumawag sa amin sa **1-800-318-2596**. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa Ingles, tumawag sa **1-800-318-2596** at sabihin sa kinatawan ng customer service ang wika na kailangan mo. Susubukan naming makakuha ng tulong para sa iyo nang libre. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **1-855-889-4325**.



Appendix B



Appendix C: Tulong sa pagkumpleto ng aplikasyong ito

Para sa mga sertipikadong tagapayo sa aplikasyon, navigator, mga ahente, at broker lamang

Kumpletuhin ang seksyong ito kung ikaw ay isang tagapayo sa aplikasyon, navigator, mga ahente, at broker na pinupunan ang aplikasyong ito para sa iba.

2. Unang pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix	
3. Pangalan ng samahan	
4. ID number (kung naaangkop)	5. Para sa Agents/Brokers lang: NPN number

Maaari kang pumili ng isang awtorisadong kinatawan.

Maaari mong bigyan ng pahintulot ang pinagkakatiwalaang tao na makipag-usap sa amin tungkol sa aplikasyong ito, makita ang iyong impormasyon, at kumilos para sa iyo sa mga bagay na nauugnay sa aplikasyong ito, kabilang ang pagkuha ng impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon at ang paglagda sa iyong aplikasyon sa iyong ngalan. Ang taong ito ay tinatawag na "awtorisadong kinatawan." Kung sakaling kailanganin mong baguhin o alisin ang iyong awtorisadong kinatawan, makipag-ugnay sa Marketplace. Kung ikaw ay isang legal na hinirang na kinatawan para sa isang tao sa aplikasyong ito, magsumite ng patunay sa aplikasyon.

1. Pangalan ng awtorisadong kinatawan (Unang pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido)		
2. Address	3. Address sa bahay 2	
4. Lungsod	5. State	6. ZIP code
7. Numero ng telepono		
8. Pangalan ng samahan		
9. ID number (kung naaangkop)		

Sa pamamagitan ng paglagda, pinapayagan mo ang taong ito na lagdaan ang iyong aplikasyon, kumuha ng mga opisyal na impormasyon tungkol sa aplikasyong ito, at kumilos para sa iyo sa lahat ng mga bagay sa hinaharap na may kaugnayan sa aplikasyong ito.

10. Lagda ni TAO 1 na nakalista sa aplikasyong ito	11. Petsa ng paglagda (mm/dd/yyyy)





Appendix D: Mga tanong tungkol sa mga pagbabago sa buhay

(Dapat mong kumpletuhin ang natitirang bahagi ng aplikasyon kasama ang pahinang ito. Huwag isumite ang pahinang ito nang ito lang.)

Kung sinuman sa aplikasyong ito ay makaranas ng ilang pagbabago sa buhat—tulad ng pagkawala ng pangkalusugang coverage, pagpapakasal o pagkakaroon ng baby—sa nakaraang 60 araw (O inaasahan ito sa susunod na 60 araw), punan ang pahinang ito at isama ito sa nakumpleto mong, nilagdaang aplikasyon. Pinahihintulutan ng ilang pagbabago sa buhay ang iyong coverage sa pamamagitan ng Marketplace na magsimula agad. Nirerekomenda din naming sagutan mo ang mga tanong na ito kung nag-a-apply ka sa labas ng Open Enrollment (Nobyembre 1 - Enero 15).

Ang mga tanong na ito ay opsyonal. Kung ang iyong kalagayan sa buhay ay hindi nagbago, maaari mong iwanang blangko ang mga sagot. Maaari kang magpatala sa Medicaid at sa Children's Health Insurance Program (CHIP) anumang oras ng taon, kahit na hindi mo naranasan ang mga pagbabago sa buhay. Ang mga miyembro ng mga pederal na kinikilalang tribo at Alaska Native shareholders ay maaaring magpatala para sa seguro sa Marketplace anumang oras ng taon.

Sabihin sa amin ang mga pagbabago sa iyong tahanan.

1. Mayroon bang nawalan ng sakop na pangkalusugan sa nakaraang 60 na araw, o umaasang mawawalan ng kuwalipikadong sakop na pangkalusugan sa darating na 60 araw?

(Mga) Pangalan	Petsa na magtatapos ang seguro (mm/dd/yyyy)

2. Mayroon bang nag-asawa sa nakaraang 60 na araw?

(Mga) Pangalan	Petsa (mm/dd/yyyy)

a. Mayroon ba sa mga taong ito ang nagtataglay ng kuwalipikadong sakop na pangkalusugan kailanman sa nakaraang 60 na araw? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, itala ang kanilang (mga) pangalan sa ibaba:

3. Mayroon bang pinalabas sa pagkakakulong (piitan o bilangguan) sa nakaraang 60 na araw?

(Mga) Pangalan	Petsa (mm/dd/yyyy)

4. Mayroon bang nakakuha ng eligible immigration status sa nakaraang 60 na araw?

(Mga) Pangalan	Petsa (mm/dd/yyyy)

5. Mayroon bang inampon, inilagay para sa ampuhan, o inilagay sa foster care sa nakaraang 60 na araw?

(Mga) Pangalan	Petsa (mm/dd/yyyy)

6. Mayroon bang isang naging sustentado dahil sa isang suporta sa bata o iba pang utos ng korte sa nakaraang 60 na araw?

(Mga) Pangalan	Petsa (mm/dd/yyyy)

7. May sinuman bang lumipat sa nakaraang 60 araw?

(Mga) Pangalan	Petsa ng paglipat (mm/dd/yyyy)

a. Ano ang ZIP code ng nakaraan mong address? ☐ Punan dito kung lumipat ka mula sa banyagang bansa o teritoryo ng U.S.

b. Mayroon ba sa mga taong ito ang nagtataglay ng kuwalipikadong sakop na pangkalusugan kailanman sa nakaraang 60 na araw? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, itala ang kanilang (mga) pangalan sa ibaba:

(Mga) Pangalan

