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

مکمل نہ کریں۔ یہ صف معلوماتی مقاصد کے لئے ہے

Health Insurance Marketplace

صحت کے کوریج اور لاگتوں کی ادائیگی میں مدد کے لیے درخواست

HealthCare.gov پر آن لائن تیزی سے درخواست دیں۔

یہ درخواست استعمال کر کے جانیں کہ آپ کس کوریج کے اہل ہیں

- Marketplace تمہیں اچھی طرح رہنے میں مدد کے لئے جامع کوریج پیش کرنے کے لئے منصوبہ بنا رہی ہے۔
- ٹیکس کریڈٹ جو کہ فوری طور پر صحت کی کوریج کے لئے آپ کے پریمیم کو کم کرنے میں مدد کر سکتے ہیں۔
- طِبّی اِمداد یا بچوں کا صحت بیمہ پروگرام (CHIP) کے ذریعے مفت یا کم لاگت کی کوریج۔ **مخصوص آمدنی کی سطح مفت یا کم قیمت کے پروگرام کے لئے اہل ہو سکتے ہیں۔**

اس درخواست کا استعمال کون کرسکتا ہے؟

- اپنے گھر کے کسی فرد کے لئے درخواست دینے کے لئے اس درخواست کا استعمال کریں۔
- **یہاں تک کہ اگ ، آپ کے شریک حیات یا آپ کے بچے کی صحت کی کوریج موجود ہو تب بھی درخواست دیں۔ آپ مفت یا کم لاگت کوریج کے اہل ہوسکتے ہیں۔**
- اگر آپ تنہا ہیں تو، آپ ایک مختصر فارم استعمال کرسکتے ہیں۔ **HealthCare.gov** پر جائیں۔
- اہل گھران جن میں تارکین وطن شامل ہیں وہ درخواست دے سکتے ہیں۔ اگر آپ کوریج کے اہل نہیں ہیں۔ آپ اپنے بچے کے لئے درخواست دے سکتے ہیں۔ درخواست دینے سے آپ کی امیگریشن حیثیت یا مستقل رہائشی یا شہری بننے کے امکانات متاثر نہیں ہوں گے۔
- اگر اس درخواست کو پُر کرنے میں کوئی آپ کی مدد کررہا ہے تو، آپ کو ضمیمہ C مکمل کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔

درخواست دینے کے لئے آپ کو کن چیزوں کی ضرورت ہوسکتی ہے

- سوشل سیکیورٹی نمبر (SSNs) (یا کسی بھی اہل تارکین وطن کے لئے دستاویز نمبر جن کو کوریج کی ضرورت ہوتی ہے)۔
- آپ کے خاندان میں ہر فرد کے لیے آجر اور آمدنی کی معلومات (جیسے تنخواہ کے ٹکٹ ، W-2 فارم ، یا اجرت اور ٹیکس کے بیانات سے)۔
- کسی موجودہ صحت بیمہ کے لیے پالیسی نمبرز۔
- ملازمت سے متعلق کسی بھی صحت بیمہ کے بارے میں معلومات جو آپ کے گھر کو دستیاب ہے۔

ہم ان معلومات کا مطالبہ کیوں کرتے ہیں؟

ہم آپ کو یہ بتانے کے لیے آمدنی اور دیگر معلومات طلب کرتے ہیں کہ آپ کس طرح کے کوریج کے اہل ہیں اور کیا آپ کو اس کی ادائیگی میں کوئی مدد مل سکتی ہے۔ **ہم آپ کے ذریعہ فراہم کی گئی تمام معلومات کو، قانونی تقاضوں کے مطابق خفیہ اور محفوظ رکھیں گے۔** رازداری کے قانون کے بیان کے لئے **HealthCare.gov** ملاحظہ کریں یا ہدایات پڑھیں۔

آگے گیا ہوتا ہے؟

اپنے پاس رکھنے کے لئے ایک نقل بنائیں، پھر اپنی مکمل اور دستخط شدہ درخواست صفحہ 8 پر دیے گئے پتے پر ارسال کریں۔ **اگر آپ کے پاس وہ تمام معلومات نہیں ہیں جو ہم نے طلب کی ہیں تو بھی اپنی درخواست پر دستخط کرکے جمع کروائیں۔** ہم 1–2 ہفتوں کے اندر آپ کے ساتھ پیروی کریں گے ، **اور اگر ہمیں مزید معلومات کی ضرورت ہو تو آپ کو مارکیٹ پلیس سے کال مل سکتی ہے** ۔ ہماری جانب سے آپ کی درخواست پر عمل درآمد ہونے کے بعد آپ کو اہلیت کا نوٹس موصول ہو گا۔ اگر آپ کو ہم سےجواب موصول نہیں ہوتا تو، Marketplace کال سینٹر سے رابطہ کریں۔ اس درخواست کو پُر کرنے کا مطلب یہ نہیں ہے کہ آپ کو صحت کی کوریج خریدنی ہوگی۔

اس درخواست میں مدد حاصل کریں

- **آن لائن:** **HealthCare.gov**
- **فون:** مارکیٹ پلیس کے کال سنٹر کو **1-800-318-2596** پر کال کریں۔ TTY صارفین کو **1-855-889-4325** پر کال کرنا چاہیے۔
- **ذاتی طور پر:** آپ کے علاقے میں صلاح کاران (کونسلرز) ہوسکتے ہیں جو مدد کرسکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے **HealthCare.gov** ملاحظہ کریں، یا مارکیٹ پلیس کے کال سنٹر کو **1-800-318-2596** پر کال کریں۔
- **دیگر زبانیں:** اگر آپ کو انگریزی کے علاوہ زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو، **1-800-318-2596** پر کال کریں اور کسٹمر سروس کے نمائندے کو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں۔ ہم آپ کو بلا معاوضہ مدد فراہم کریں گے۔

آپ کو قابل رسائی شکل میں اپنی معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے، جیسا کہ بڑا پرنٹ، بریل یا آڈیو۔
اگر آپ محسوس کریں کہ آپ کے ساتھ امتیازی سلوک کیا گیا ہے تو آپ کو شکایت دائر کرنے کا بھی حق حاصل ہے۔
CMS.gov/accessibility-nondiscrimination ملاحظہ کریں یا **1-800-318-2596** ر کال کریں۔
TTY صارفین **1-855-889-4325** پر کال کر سکتے ہیں۔

HealthCare.gov

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.

سیاہ یا گہری نیلی روشنائی استعمال کرتے ہوئے بڑے حروف میں پرنٹ کریں۔
خانوں میں بھریں (◯) اس طرح سے ← ●.

مرحلہ 1: ہمیں اپنے بارے میں بتائیں۔

(آپ کی درخواست کے لیے رابطہ فرد کے طور پر ہمیں گھرانے کے ایک بالغ فرد کی ضرورت ہے۔)

1.پہلا نام | ادرمیانی نام | آخری نام | لاحقہ

2.گھر کا پتہ (اگر آپ کا کوئی پتہ نہ ہو تو اسے خالی چھوڑ دیں۔) | 3. گھر کا پتہ 2

4. شہر | 5. ریاست | 6. زپ کوڈ | 7. ملک

8. ڈاک کا پتہ (اگر گھر کے پتے سے مختلف ہو) | 9. ڈاک کا پتہ 2

10. شہر | 11. ریاست | 12.زپ کوڈ | 13. ملک

14. فون نمبر | 15. دوسرا فون نمبر

16.کیا آپ اس درخواست کے بارے میں معلومات بذریعہ ای میل حاصل کرنا چاہتے ہیں؟........................ ◯ ہاں ◯ نہیں

ای میل پتہ:

17. ترجیحی زبان: تحریری | بولنےوالا

اس درخواست پر آپ کو کسے شامل کرنے کی ضرورت ہے؟

اپنے گھر کے ہر فرد کے لئے مرحلہ 2 صفحات کو مکمل کریں ، یہاں تک کہ اگر اس شخص کے پاس پہلے سے ہی صحت کی کوریج موجود ہے۔ اس ادرخواست میں موجود معلومات سے ہمیں یہ یقین بنانے میں مدد ملتی ہے کہ ہر ایک کو ان کی بہترین کوریج مل سکے۔ امداد کی قسم جس پروگرام کے لئے آپ اہل ہیں وہ آپ کے گھر کے افراد کی تعداد اور آپ کے گھریلو آمدنی پر مبنی ہے۔ اگر آپ کسی کو شامل نہیں کرتے ہیں ، یہاں تک کہ اگر ان کے پاس پہلے سے ہی صحت کی کوریج ہے تو ، آپ کے اہلیت کے نتائج متاثر ہوسکتے ہیں۔

۔ان بالغوں کے لیے جنہیں کوریج کی ضرورت ہے:

ان لوگوں کو ایسی صورت میں بھی شامل کریں **اگر وہ خود صحت کے کوریج کے لیے درخواست نہ دے رہے ہوں:**

- شریک حیات
- 21 سال سے کم عمر کا کوئی بیٹا یا بیٹی جس کے ساتھ وہ رہتے ہیں ، سوتیلی بچوں سمیت۔
- ایک ہی وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں شامل کوئی دیگر فرد (بشمول 21 سال سے زیادہ عمر کے کوئی بچے جن کے لیے والدین کے ٹیکس ریٹرن میں دعوی ہو)۔ صحت کا کوریج حاصل کرنے کے لیے آپ کو ٹیکس فائل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

21 سال سے کم عمر کے بچے جنہیں کوریج کی ضرورت ہو:

ان لوگوں کو ایسی صورت میں بھی شامل کریں **اگر وہ خود صحت کے کوریج کے لیے درخواست نہ دے رہے ہوں:**

- والدین (سوتیلے والدین) میں سے کوئی جن کے ساتھ وہ رہتے ہوں
- کوئی بھائی بہن جن کے ساتھ وہ رہتے ہوں
- بیٹا یا بیٹی جو ساتھ رہتے ہوں، بشمول سوتیلے بچے
- کوئی بھی شریک حیات جس کے ساتھ وہ رہتے ہیں۔
- ایک ہی وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں شامل کوئی دیگر فرد۔ صحت کا کوریج حاصل کرنے کے لیے آپ کو ٹیکسز فائل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

اپنے خاندان کے ہر فرد کے لیے مرحلہ 2 مکمل کریں۔

خود سے شروع کریں ، پھر دوسرے بالغوں اور بچوں کو شامل کریں۔ اگر آپ کے گھر میں 2 سے زیادہ افراد ہیں تو ، آپ کو صفحات کی ایک کاپی بنانے اور ان کو جوڑنے کی ضرورت ہوگی۔

آپ کو گھرانے کے ان ممبران کے لیے ترک وطن کی صورتحال یا SSNs فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے جنہیں کوریج کی ضرورت نہیں ہے۔ قانون کے مطابق ، ہم آپ کی فراہم کردہ تمام معلومات کو نجی اور محفوظ رکھیں گے۔ ہم ذاتی معلومات صرف اس بات کی جانچ پڑتال کے لیےاستعمال کریں گے کہ کیا آپ صحت کی کوریج کے اہل ہیں یا نہیں۔

مرحلہ 2: فرد 1 (خود سے شروع کریں۔)

مرحلہ 2 مکمل کریں اپنے لئے ، اپنے شریک حیات / ساتھی اور انحصار کرنے والے افراد کے لئے جو آپ کے ساتھ رہتے ہیں ، اور / یا آپ کے اسی وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں کوئی بھی فرد۔ کس کو شامل کرنا ہے اس بارے میں مزید معلومات کے لئے صفحہ 1 دیکھیں۔ اگر آپ ٹیکس ریٹرن فائل نہیں کرتے ہیں تو ، اپنے گھر کے لوگوں کو شامل کرنا یاد رکھیں۔

1. پہلا نام | درمیانی نام | آخری نام | لاحقہ

2. فرد 1 سے رشتہ؟ **خود**

3. کیا آپ شادی شدہ ہیں؟ ◯ ہاں ◯ نہیں

4. تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال)

5. جنس ◯ عورت ◯ مرد

6. **سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN)**

ہمیں ایسی صورت میں سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN) نمبر کی ضرورت ہے اگر آپ صحت کا کوریج چاہتے ہیں اور آپ کے پاس SSN ہے یا آپ اسے حاصل کرسکتے ہیں۔ ہم آمدنی اور دیگر معلومات کی جانچ پڑتال کے لئے SSN کا استعمال کرتے ہیں تاکہ یہ معلوم کریں کہ صحت کی کوریج کی ادائیگی میں کون مدد کے اہل ہے۔ SSN حاصل کرنے کے بارے میں مزید معلومات کے لیے ملاحظہ کریں **SSA.gov** یا 1-800-772-1213 پر سوشل سیکیورٹی پر کال کریں۔ TTY صارفین 1-800-325-07784325 پر کال کرسکتے ہیں۔

7. **کیا آپ کا منصوبہ اگلے سال وفاقی ٹیکس ریٹرن فائل کرنے کا ہے؟** آپ ایسی صورت میں بھی کوریج کے لیے درخواست دے سکتے ہیں اگر آپ وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن فائل نہ کرتے ہوں۔

◯ **ہاں۔ اگر ہاں،** تو a سے c تک جوابات دیں۔ ◯ **نہیں۔ اگر نہیں تو ،** آٹھ c پر جائیں۔

a.کیا آپ شریک حیات کے ساتھ مشترکہ طور پر فائل کریں گے؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں

اگر ہاں تو شریک حیات کا نام لکھیں:

b.کیا آپ اپنے ٹیکس ریٹرن پر منحصر افراد کا دعوی کریں گے؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں

اگر ہاں تو، منحصر افراد کے نام درج کریں:

c. کیا کسی دیگر فرد کے ٹیکس ریٹرن پر بطور منحصر فرد آپ کے لیے دعوی کیا جائے گا؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں

اگر ہاں تو، ٹیکس فائلر کے نام کی فہرست بنائیں۔ | ٹیکس فائل کرنے والے سے آپ کا کیا رشتہ ہے؟

8.کیا آپ حاملہ ہیں؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں a. **اگر ہاں تو،** اس حمل کے دوران کتنے بچوں کی توقع ہے؟

9. **کیا آپ کو صحت کا کوریج درکار ہے؟** اگر آپ کا کوریج موجود ہو تو بھی، یہاں بہتر کوریج یا کم لاگت والا کوئی پروگرام ہوسکتا ہے۔

◯ **ہاں۔ اگر ہاں تو،** ذیل کے تمام سوالوں کے جواب دیں۔ ◯ **نہیں۔ اگر نہیں تو،** صفحہ 3 پر آمدنی والے سوالات **پر جائیں۔** اس صفحہ کے باقی حصے کو خالی چھوڑ دیں۔

10. کیا آپ کو کوئی جسمانی، دماغی، یا جذباتی صحت کی کیفیت ہے جس کے سبب سرگرمیوں (جیسے غسل، لباس پہننے، روزمّرہ کے کام کاج، وغیرہ) میں رکاوٹ پیدا ہو، کوئی خاص طبی ضرورت موجود ہو، یا کسی طبی سہولت یا نرسنگ ہوم میں رہنے کی ضرورت ہو؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں

11. کیا آپ **امریکی شہری** یا **امریکی نژاد** ہیں؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں

12. آپ **حاصل کردہ شہریت والے** یا **فطری شہری** ہیں؟ (عام طور پر اس کا مطلب یہ ہے کہ آپ کی پیدائش امریکہ سے باہر ہوئی ہے)

◯ **ہاں۔ اگر ہاں تو،** A اور B کو مکمل کریں۔ ◯ **نہیں۔ اگر نہیں،** تو سوال 13 پر جاری رکھیں۔

a. ایلین نمبر: | b. سرٹیفکٹ نمبر: | a اور b مکمل کرنے کے بعد سوال 14 **پر جائیں۔**

13. **اگر آپ امریکی شہری، یا امریکی نژاد نہیں ہیں تو،** کیا آپ کے پاس اہل امیگریشن والی حیثیت ہے؟ ◯ **ہاں۔** دستاویز کی قسم اور ID نمبر درج کریں۔ ہدایات پر جائیں۔

امیگریشن دستاویز کی قسم | حیثیت کی قسم (اختیاری) | اپنا وہی نام لکھیں جو امیگریشن دستاویز پر ہے۔

ایلین یا I-94 نمبر | کارڈ نمبر یا پاسپورٹ نمبر

SEVIS ID یا میعاد ختم ہونے کی تاریخ (اختیاری) | دیگر (زمرہ کا کوڈ یا جاری کرنے والا ملک)

a. کیا آپ 1996 سے امریکہ میں رہے ہیں؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں

b. کیا آپ، آپ کے شریک حیات یا والدین، سابق فوجی یا یوایس ملٹری کے فعال ڈیوٹی والے ممبر ہیں؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں

14. کیا آپ گزشتہ 3 مہینوں سے طبی بلوں کی ادائیگی میں مدد چاہتے ہیں؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں

15. کیا آپ 19 سال سے کم عمر کے کم ازکم ایک بچے کے ساتھ رہتے ہیں، اور کیا آپ اس بچے کی دیکھ بھال کرنے والے مرکزی فرد ہیں؟ (اگر آپ یا آپ کے شریک حیات اس بچے کی دیکھ بھال کرتے ہیں تو "ہاں" منتخب کریں۔)............ ◯ ہاں ◯ نہیں

19 سال سے کم عمر بچوں کے نام اور تعلقات کی فہرست بنائیں جو آپ کے گھر میں رہتے ہیں۔

16. کیا آپ کل وقتی طالب علم ہیں؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں | 17. کیاآپ 18 سال یا زیادہ کی عمر میں رضاعی نگہداشت میں رہے ہیں؟............ ◯ ہاں ◯ نہیں

اختیاری: (یہ معلومات دینے سے اہلیت، پلان کے اختیارات یا اخراجات پر اثر نہیں ہو گا۔)

19. نسل: ◯ سفید فام ◯ سیاہ فام یا افریقی امریکی ◯ امریکی انڈین یا الاسکا کے قبائلی ◯ فلیپینو ◯ جاپانی ◯ کوریائی ◯ ایشیائی ہندوستانی ◯ چینی ◯ ویتنامی ◯ دیگر ایشیائی ◯ من مواطني دیگر ایشائی ◯ گوامینین یا شیمارو ◯ ساموآن ◯ دیگر جزائر بحر الکاہل کا باشندہ ◯ دیگر

مرحلہ 2: فرد 1 (خود سے شروع کریں۔)

موجودہ ملازمت اور آمدنی کی معلومات

◯ **ملازمت میں ہیں:** اگر آپ ابھی ملازمت میں ہیں تو، ہمیں اپنی آمدنی بتائیں۔ نقطہ 20 سے شروع کریں۔

◯ **ملازمت میں نہیں ہیں:** نقطہ 30 پر جائیں۔

◯ **ذاتی روزگار:** نقطہ 29 پر جائیں۔

موجودہ ملازمت 1:

20. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ (اختیاری)

b. شہر | c. ریاست | d. زپ کوڈ | 21. آجر کا فون نمبر ( ) -

22. اجرت/بخشش (ٹیکسز سے قبل) $

◯ بلحاظ گھنٹہ ◯ ہفتہ واری ◯ ہر 2 ہفتے پر ◯ مہینے میں دوبار ◯ ماہانہ ◯ سالانہ

23. ہر **ہفتے** کام کے اوسط گھنٹے

موجودہ ملازمت 2: (اگر آپ مزید کام کرتے ہیں اور مزید جگہ کی ضرورت ہے تو، کاغذ کا دوسرا صفحہ منسلک کریں۔)

24. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ (اختیاری)

b. شہر | c. ریاست | d. زپ کوڈ | 25. آجر کا فون نمبر ( ) -

26. اجرت/بخشش (ٹیکسز سے قبل) $

◯ بلحاظ گھنٹہ ◯ ہفتہ واری ◯ ہر 2 ہفتے پر ◯ مہینے میں دوبار ◯ ماہانہ ◯ سالانہ

27. ہر ہفتے کام کے اوسط گھنٹے

28. **گزشتہ سال، کیا آپ نے:** ◯ ملازمتیں تبدیل کیں ◯ کام چھوڑا ◯ کم گھنٹے کام کرنا شروع کیا ◯ ان میں سے کوئی نہیں

29. **اگر اپنا روزگار ہو تو، a اور b کا جواب دیں:**

a. کام کی قسم:

b. ذاتی روزگار سے اس مہینے آپ کو کتنی خالص آمدنی (بزنس کے اخراجات کی ادائیگی کے بعد منافع) حاصل ہوگی؟ہدایات پر جائیں۔ $

30. **اس مہینے آپ کو حاصل ہونے والی دیگر آمدنی:** ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور آپ کو یہ کتنی کثرت سے ملتی ہے۔ اگر کوئی نہیں ہو تو یہاں پُر کریں۔ ◯

نوٹ: آپ کو ہمیں چائلڈ سپورٹ، سابق فوجی والی ادائیگیوں، یا سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (SSI) کے بارے میں بتانے کی ضرورت **نہیں** ہے

◯ بے روزگار $ کتنی کثرت سے؟

◯ موصولہ گزارہ خرچ (**نوٹ:** صرف 1/1/2019 سے پہلے حتمی قرار دی گئی طلاقوں کے لئے۔) $ کتنی کثرت سے؟

◯ پنشن $ کتنی کثرت سے؟

◯ زراعت/ماہی گیری سے خالص آمدنی $ کتنی کثرت سے؟

◯ سوشل سیکیورٹی $ کتنی کثرت سے؟

◯ خالص کرایہ / رائلٹی $ کتنی کثرت سے؟

◯ ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس $ کتنی کثرت سے؟

◯ دیگر آمدنی، قسم: $ کتنی کثرت سے؟

31. **کٹوتیاں:** ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور آپ کو یہ ادائیگی کتنی کثرت سے ہوتی ہے۔ اگر آپ کو بعض چیزوں کے لیے ادائیگی ہوتی ہے جسے وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں منہا کیا جاسکتا ہے تو، ہمیں اس کے بارے میں بتانے سے صحت کے کوریج کی لاگت تھوڑی کم ہوسکتی ہے۔ آپ جو چائلڈ سپورٹ ادا کرتے ہیں یا مجموعی ذاتی ملازمت کے جواب میں پہلے سے بتائی گئی قیمت (سوال 29b) شامل نہ کریں۔

◯ ادا کردہ گزارہ خرچ (**نوٹ:** صرف 1/1/2019 سے پہلے حتمی قرار دی گئی طلاقوں کے لئے۔) $ کتنی کثرت سے؟

دیگر کٹوتیاں، قسم: $ کتنی کثرت سے؟

◯ طالب علم کے قرض کا سود $ کتنی کثرت سے؟

32. **اس سوال کو مکمل کریں اگر سال کے دوران آپ کی آمدنی میں تبدیلی ہوتی ہو،** جیسا کہ اگر آپ سال کے صرف کچھ عرصے کے دوران کوئی ملازمت کرتے ہیں یا کچھ مہینوں تک وظیفہ لیتے ہیں۔ اگر آپ اپنی ماہانہ آمدنی میں تبدیلی کی توقع نہیں کرتے ہیں تو، چھوڑ کر دوسرے فرد پر جائیں۔ ⬅

اس سال آپ کی کل آمدنی $

اگلے سال آپ کی کل آمدنی (اگر آپ کو لگتا ہے کہ یہ مختلف ہوگی) $

◯ اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کی آمدنی کی پیش گوئی کرنا مشکل ہو تو بھریں۔

شکریہ! ہم آپ کے بارے میں بس یہی جاننا چاہتے ہیں۔

مرحلہ 2: فرد 2

نوٹ: اگر اس فرد کو صحت کے کوریج کی ضرورت نہیں ہے تو، اس صفحہ پر بس سوالات 10-1 کا جواب دیں۔ اگر آپ کے گھرانے میں 2 سے زیادہ لوگ ہیں تو صفحہ 4-5 کی کاپی بنا لیں۔

اس صفحہ کو اپنے شریک حیات / پارٹنر اور ان بچوں کے لیے، جو آپ کے ساتھ رہتے ہوں، اور/یا آپ وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن فائل کرتے ہیں تو اس میں شامل کسی فرد کے لیے مکمل کریں۔ اگر آپ ٹیکس ریٹرن فائل نہیں کرتے ہیں تو بھی گھرانے کے ان ممبران کو شامل کرنا یاد رکھیں جو آپ کے ساتھ رہتے ہوں۔ کسے شامل کرنا ہے اس کے بارے میں مزید معلومات کے لیے صفحہ 1 دیکھیں۔

1. پہلا نام　درمیانی نام　آخری نام　لاحقہ

2. فرد 1 سے رشتہ؟ ہدایات پر جائیں

3. کیا فرد 2 شادی شدہ ہے؟ ○ ہاں ○ نہیں

4. تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال)

5. جنس ○ عورت ○ مرد

6. سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN)

★ **اگر آپ فرد 2 کے لیے صحت کا کوریج چاہتے ہیں اور فرد 2 کے پاس SSN ہے تو ہمیں اس کی ضرورت ہے۔**

7. کیا فرد 2 اسی پتے پر رہتا /رہتی ہے جہاں فرد 1 رہتا/رہتی ہے؟ .... ○ ہاں ○ نہیں
اگر نہیں تو، پتہ درج کریں:

8. **کیا فرد 2 کا منصوبہ اگلے سال وفاقی ٹیکس ریٹرن فائل کرنے کا ہے؟** (آپ ایسی صورت میں بھی کوریج کے لیے درخواست دے سکتے ہیں اگر فرد 2 وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن فائل نہ کرتا/کرتی ہو۔)
○ **ہاں۔ اگر ہاں،** تو براہ کرم سوالات a-c کا جواب دیں۔　○ **نہیں۔ اگر نہیں تو،** آئٹم c پر جائیں۔
a.کیا فرد 2 شریک حیات کے ساتھ مشترکہ طور پر فائل کریں گے/گی؟ .... ○ ہاں ○ نہیں
اگر ہاں تو شریک حیات کا نام لکھیں:
b.کیا فرد 2 اپنے ٹیکس ریٹرن پر کسی منحصر افراد کا دعوی کریں گے/گی؟ .... ○ ہاں ○ نہیں
اگر ہاں تو، منحصر افراد کے نام درج کریں:
c.کیا کسی دیگر فرد کے ٹیکس ریٹرن پر بطور منحصر، فرد 2 کے لیے دعوی کیا جائے گا؟ .... ○ ہاں ○ نہیں
اگر ہاں تو، ٹیکس فائل کرنے والے کا نام درج کریں:　ٹیکس فائل کرنے والے سے فرد 2 کا کیا رشتہ ہے؟

9. کیا فرد 2 حاملہ ہے؟ .... ○ اگر ہاں تو، اس حمل کے دوران کتنے بچوں کی توقع ہے؟ a. ○ ہاں ○ نہیں؟

10. **کیا فرد 2 کو صحت کے کوریج کی ضرورت ہے؟** (اگرفرد 2 کا کوریج موجود ہو تو بھی، یہاں بہتر کوریج یا کم لاگت والا کوئی پروگرام ہوسکتا ہے۔)
○ ہاں۔ اگر ہاں تو، ذیل کے تمام سوالوں کے جواب دیں۔　○ نہیں۔ اگر نہیں تو، صفحہ 5 پر آمدنی والے سوالات **پر جائیں**۔ اس صفحہ کے باقی حصے کو خالی چھوڑ دیں۔

11. کیا شخص2 کی جسمانی ، ذہنی ، یا جذباتی صحت کی حالت ہے جو سرگرمیوں (جیسے غسل ، کپڑے بدلنے ، روز مرہ کے کام ، وغیرہ) میں صحت کی دیکھ بھال کی خصوصی ضرورت ہے ، یا طبی سہولت یا تیمار خانہ میں رہتا ہے؟ .... ○ ہاں ○ نہیں

12. کیا فرد 2 **امریکی شہری** یا **امریکی نژاد** ہے؟ .... ○ ہاں ○ نہیں

13. کیا فرد 2 **حاصل کردہ شہریت** والے یا **فطری شہری** ہیں؟ (عام طور پر اس کا مطلب یہ ہے کہ ان کی پیدائش امریکہ سے باہر ہوئی ہے)
○ **ہاں۔ اگر ہاں تو،** a اور b کو مکمل کریں۔　○ **نہیں۔ اگر نہیں،** تو سوال 14 پر جاری رکھیں۔
a. ایلین نمبر:　b. سرٹیفکٹ نمبر
a اور b مکمل کرنے کے بعد سوال 15 **پر جائیں۔**

14. **اگر فرد 2 امریکی شہری، یا امریکی نژاد نہیں ہیں تو،** کیا ان کے پاس اہل امیگریشن والی حیثیت ہے؟ ○ **ہاں۔** دستاویز کی قسم اور ID نمبر درج کریں۔ ہدایات پر جائیں
امیگریشن دستاویز کی قسم:　حیثیت کی قسم (اختیاری):　فرد 2 کا وہی نام لکھیں جو ان کے امیگریشن دستاویز پر درج ہے۔
ایلین یا I-94 نمبر　کارڈ نمبر یا پاسپورٹ نمبر
SEVIS ID یا میعاد ختم ہونے کی تاریخ (اختیاری)　دیگر (زمرہ کا کوڈ یا جاری کرنے والا ملک)
a. کیا فرد 2، 1996 سے امریکہ میں رہے/ رہی ہیں؟ .... ○ ہاں ○ نہیں
b. کیا فرد 2، فرد 2 کے شریک حیات یا والدین، سابق فوجی یا یوایس ملٹری کے فعال ڈیوٹی والے ممبر ہیں؟ .... ○ ہاں ○ نہیں

15. کیا فرد 2 گزشتہ 3 مہینوں سے طبی بلوں کی ادائیگی میں مدد چاہتے ہیں؟ .... ○ ہاں ○ نہیں

16. کیا فرد 2، 19 سال سے کم عمر کے کم ازکم ایک بچے کے ساتھ رہتے/ رہتی ہیں، اور کیا فرد 2 اس بچے کی دیکھ بھال کرنے والے مرکزی فرد ہیں؟
("ہاں" میں بھریں اگر شخص 2 یا ان کی شریک حیات اس بچے کا خیال رکھتا ہے تو.) .... ○ ہاں ○ نہیں

17. 19 سال سے کم عمر والے بچوں کا نام اور رشتہ بتائیں جو فرد 2 کے ساتھ ان کے گھرانے میں رہتے ہوں: یہ وہی بچے ہوسکتے ہیں جن کا اندراج صفحہ 2 پر ہے۔)

کیا فرد 2، 18 سال یا زیادہ کی عمر میں رضاعی نگہداشت میں رہے/رہی ہیں؟ .... ○ ہاں ○ نہیں

اگر فرد 2 کی عمر 22 سال یا کم ہے تو ان سوالوں کے جواب دیں:

18. کیا فرد 2 کا ملازمت کے توسط سے بیمہ ہے اور گزشتہ 3 مہینوں کے دوران یہ ختم ہوچکا ہے؟ .... ○ ہاں ○ نہیں
a. **اگر ہاں تو** اختتام کی تاریخ:　b. بیمہ ختم ہونے کی وجہ:

19. کیا فرد 2 کل وقتی طالب علم ہے؟ .... ○ ہاں ○ نہیں

اختیاری: (یہ معلومات دینے سے اہلیت، پلان کے اختیارات یا اخراجات پر اثر نہیں ہو گا.)

21. نسل: ○ سفید فام ○ سیاہ فام یا افریقی امریکی ○ امریکی انڈین یا الاسکا کے قبائلی ○ فلیپنو ○ جاپانی ○ کوریائی ○ ایشیائی ہندوستانی ○ چینی ○ ویتنامی ○ دیگر ایشیائی
○ من مواطني دیگر ایشیائی ○ گوامینین یا شیمارو ○ ساموان ○ دیگر جزائر بحر الکاہل کا باشندہ ء ○ دیگر

اپنی درخواست کے سلسلے میں مدد کی ضرورت ہے؟ **HealthCare.gov** ملاحظہ کریں یا ہمیں **1-800-318-2596** پر کال کریں۔ اگر آپ کو انگریزی کے علاوہ زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو، **1-800-318-2596** پر کال کریں اور کسٹمر سروس کے نمائندے کو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں۔ ہم آپ کو بلا معاوضہ مدد فراہم کریں گے۔ TTY صارفین **1-855-889-4325** پر کال کر سکتے ہیں۔

مرحلہ 2: فرد 2

ہمیں کسی ایسی آمدنی کے بارے میں بتائیں جو فرد 2 کو حاصل ہوتی ہے۔
اگر فرد 2 کو صحت کے کوریج کی ضرورت نہ ہو تب بھی یہ صفحہ مکمل کریں۔

موجودہ ملازمت اور آمدنی کی معلومات

○ **ملازمت میں ہیں:** گر فرد 2 ابھی ملازمت کررہے / رہی ہیں تو، ہمیں ان کی آمدنی کے بارے میں بتائیں۔ نقطہ 22 سے شروع کریں۔

○ **ملازمت میں نہیں ہیں:** نقطہ 32 پر جائیں۔

○ **ذاتی روزگار:** نقطہ 31 پر جائیں۔

موجودہ ملازمت 1:

22. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ (اختیاری)

b. شہر

c. ریاست

d. زپ کوڈ

23. آجر کا فون نمبر ( ) -

24. اجرت/بخشش (ٹیکس سے قبل) $

○ بلحاظ گھنٹہ ○ ہفتہ واری ○ ہر 2 ہفتے پر
○ مہینے میں دوبار ○ ماہانہ ○ سالانہ

25. ہر **ہفتے** کام کے اوسط گھنٹے

موجودہ ملازمت 2: (اگر فرد 2 کے پاس زیادہ ملازمتیں ہیں تو، کاغذ کا دوسرا صفحہ منسلک کریں۔)

26. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ (اختیاری)

b. شہر

c. ریاست

d. زپ کوڈ

27. آجر کا فون نمبر ( ) -

28. اجرت/بخشش (ٹیکس سے قبل) $

○ بلحاظ گھنٹہ ○ ہفتہ واری ○ ہر 2 ہفتے پر
○ مہینے میں دوبار ○ ماہانہ ○ سالانہ

29. ہر **ہفتے** کام کے اوسط گھنٹے

30. **گزشتہ سال، کیا فرد 2 نے:** ○ ملازمتیں تبدیل کیں ○ کام چھوڑا ○ کم گھنٹے کام کرنا شروع کیا ○ ان میں سے کوئی نہیں

31. **گر فرد 2 کا ذاتی روزگار ہے تو،a اور b کو مکمل کریں:**

a. کام کی قسم:

b. ذاتی روزگار سے اس مہینے فرد 2 کو کتنی خالص آمدنی (بزنس کے اخراجات کی ادائیگی کے بعد منافع) حاصل ہوگی؟ $
ہدایات پر جائیں۔

32. **اس مہینے فرد 2 کو حاصل ہونی دیگر آمدنی:** ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور فرد 2 کو یہ ادائیگی کتنی کثرت سے ہوتی ہے۔ اگر کوئی نہیں ہو تو یہاں پُر کریں۔

○ **نوٹ:** فرد 2 کو ہمیں چائلڈ سپورٹ، سابق فوجی والی ادائیگیوں، یا سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (SSI) کے بارے میں بتانے کی ضرورت نہیں ہے۔

○ بے روزگار $ کتنی کثرت سے؟

○ موصولہ گزارہ خرچ (**نوٹ:** صرف 1/1/2019 سے پہلے حتمی قرار دی گئی طلاقوں کے لئے۔) $ کتنی کثرت سے؟

○ پنشن $ کتنی کثرت سے؟

○ زراعت/ماہی گیری سے خالص آمدنی $ کتنی کثرت سے؟

○ سوشل سیکیورٹی $ کتنی کثرت سے؟

○ خالص کرایہ / رائلٹی $ کتنی کثرت سے؟

○ ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس $ کتنی کثرت سے؟

○ دیگر آمدنی، قسم: $ کتنی کثرت سے؟

33. **کٹوتیاں:** ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور فرد 2 کو یہ ادائیگی کتنی کثرت سے ہوتی ہے۔ اگر فرد 2 کو بعض چیزوں کے لیے ادائیگی ہوتی ہے جسے وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں منہا کیا جاسکتا ہے تو، ہمیں اس کے بارے میں بتانے سے صحت کے کوریج کی لاگت تھوڑی کم ہوسکتی ہے۔ فرد 2 جو چائلڈ سپورٹ ادا کرتے ہیں یا مجموعی ذاتی ملازمت کے جواب میں پہلے سے بتائی گئی قیمت (سوال 31b) شامل نہ کریں۔

○ ادا کردہ گزارہ خرچ (**نوٹ:** صرف 1/1/2019 سے پہلے حتمی قرار دی گئی طلاقوں کے لئے۔) $ کتنی کثرت سے؟

دیگر کٹوتیاں، قسم: $ کتنی کثرت سے؟

○ طالب علم کے قرض کا سود $ کتنی کثرت سے؟

34. **اس سوال کو تبھی مکمل کریں اگر سال کے دوران فرد 2 کی آمدنی میں تبدیلی ہوئی ہو،** جیسے فرد 2 سال کے کسی حصے میں صرف ایک کام کرتے/ کرتی ہیں یا چند مہینوں کے لیے وظیفہ حاصل کرتے/ کرتی ہیں۔ اگر فرد 2 کو ماہانہ آمدن میں تبدیلیوں کی توقع نہیں ہے تو اسے چھوڑ کر اگلے شخص پر جائیں۔

اس سال فرد ۲ کی کل آمدنی $

اگلے سال فرد 2 کی کل آمدنی $ ○ اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کی آمدنی کی پیش گوئی کرنا مشکل ہو تو بھریں۔

شکریہ! ہم فرد 2 کے بارے میں بس یہی جاننا چاہتے ہیں

مرحلہ 3: امریکی اینڈین یا الاسکا آبائی (AI / AN) گھریلو ممبران

1. کیا آپ ہیں یا آپ کے گھر والے کوئی امریکی اینڈین یا الاسکا آبائی ؟
◯ **نہیں۔ اگر نہیں**، تو مرحلہ 4 پر جاری رکھیں۔ ◯ **ہاں۔ اگر ہاں تو**، مرحلہ 4 پر جاری رکھیں، ساتھ ہی ضمیمہ B مکمل کریں اور اسے درخواست کے ساتھ شامل کریں۔

مرحلہ 4: آپ کے گھر کی صحت کی کوریج۔

1. **اختیاری: اگر آپ کو پچھلے سال میں پریمیم ٹیکس کریڈٹ ملا تھا، تو کیا آپ کے گھر والوں نے اس سال کے لیے ان ادائیگیوں کو ایڈجسٹ کرنے کے لیے آپ کے فارم 1095-A کی معلومات استعمال کرتے ہوئے ٹیکس ریٹرن فائل کیا تھا؟**
◯ **جی ہاں ، ہم نے فیڈرل ٹیکس ریٹرن فائل کرایا اور پریمیم ٹیکس کریڈٹ کو برابر کیا یا آئی آر ایس نے ہمیں توسیع دی۔**

2. **کیا اس درخواست میں کوئی بھی ایسا فرد تھا جو گزشتہ 90 دنوں میں Medicaid یا چلڈرنز ہیلتھ انشورنس پروگرام (CHIP) کے لیے اہل نہیں تھا؟**
(ہاں کو تبھی منتخب کریں جب کوئی شخص آپ کی ریاست کے ذریعہ اس کوریج کا اہل نہ پایا گیا ہو نہ کہ Marketplace کے۔) .... ◯ ہاں ◯ نہیں
کون؟ ________ تاریخ: ________
یا، کیا اس درخواست میں کوئی ایسا شخص بھی تھا جو گزشتہ 5 سالوں میں Medicaid یا CHIP کے لیے امیگریشن کی حیثیت کی وجہ سے اہل نہیں پایا گیا تھا؟........ ◯ ہاں ◯ نہیں
کون؟ ________
کیا اس درخواست پر کسی نے بھی Marketplace اوپن انرولمنٹ پیریڈ کے دوران یا کسی کوالیفائنگ لائف ایونٹ کے بعد کوریج کے لئے درخواست دی ہے؟.......... ◯ ہاں ◯ نہیں
کون؟ ________

3. **کیا اس درخواست میں مذکور کسی شخص کو ملازمت سے صحت کے کوریج کی پیشکش ملی ہے؟** ہاں پر نشان لگائیں چاہے کوریج کسی اور کی ملازمت سے ہو، جیسے والدین یا شریک حیات، کوریج کو قبول نہ کرنے کی صورت میں بھی۔ اگر صرف COBRA کی کوریج فراہم کی جا رہی ہے تو نہیں پر نشان لگائیں۔
◯ **ہاں۔** جاری رکھیں اور پھر ضمیمہ A کو مکمل کریں۔ ◯ **نہیں۔**
اگر ہاں تو کیا یہ ملازمین کے وظیفوں کا ریاستی پلان ہے؟.......... ◯ ہاں ◯ نہیں
کیا درخواست میں درج کسی شخص نے انفرادی کوریج والے صحت کے باز ادائیگی کے معاہدے (HRA) یا اہل چھوٹے ایمپلائر (QSEHRA) HRA کی پیش کش کی ہے؟.......... ◯ ہاں ◯ نہیں

4. **کیا ابھی کوئی اور صحت کے کوریج میں مندرج ہے؟**
◯ **ہاں۔ اگر ہاں**، تو سوال 5 پر جاری رکھیں۔ ◯ **نہیں۔ اگر نہیں، تو سوال 5 پر جائیں۔**

5. **موجودہ صحت کے کوریج کے بارے میں معلومات۔** (ابھی 2 سے زیادہ لوگوں کے صحت کا کوریج ہونے کی صورت میں اس صفحہ کی ایک کاپی بنائیں۔)
کوریج کی قسم لکھیں، جیسے آجر کا بیمہ، COBRA، میڈیکیڈ، CHIP، میڈیکیئر، TRICARE، VA ہیلتھ کیئر پروگرام، پیس کارپس، یا دیگر۔ (اگر آپ کے پاس راست نگہداشت یا لائن آف ڈیوٹی ہے تو ہمیں TRICARE کے بارے میں نہ بتائیں۔)

فرد 1:

صحت کے کوریج میں مندرج شخص کا نام ________

کوریج کی قسم:
◯ آجر کا بیمہ ◯ COBRA ◯ میڈیکیڈ ◯ CHIP ◯ میڈیکیئر ◯ TRICARE ◯ VA ہیلتھ کیئر پروگرام ◯ پیس کارپس ◯ دیگر

اگر یہ آجر کا بیمہ ہے تو: (آپ کو ضمیمہ A بھی مکمل کرنے کی ضرورت ہوگی۔)
صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام ________ پالیسی نمبر / ID نمبر ________

اگر یہ دوسرے قسم کا کوریج ہے تو: ◯ اگر یہ Marketplace ہیلتھ کوریج ہے تو یہاں پُر کریں۔
صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام ________ پالیسی نمبر / ID نمبر ________

کیا یہ محدود بینفٹس پلان ہے، جیسے اسکول کے حادثہ کی پالیسی؟.......... ◯ ہاں ◯ نہیں

فرد 2:

صحت کے کوریج میں مندرج شخص کا نام ________

کوریج کی قسم:
◯ آجر کا بیمہ ◯ COBRA ◯ میڈیکیڈ ◯ CHIP ◯ میڈیکیئر ◯ TRICARE ◯ VA ہیلتھ کیئر پروگرام ◯ پیس کارپس ◯ دیگر

اگر یہ آجر کا بیمہ ہے تو: (آپ کو ضمیمہ A بھی مکمل کرنے کی ضرورت ہوگی۔)
صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام ________ پالیسی نمبر / ID نمبر ________

اگر یہ دوسرے قسم کا کوریج ہے تو: ◯ اگر یہ Marketplace ہیلتھ کوریج ہے تو یہاں پُر کریں۔
صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام ________ پالیسی نمبر / ID نمبر ________

کیا یہ محدود بینفٹس پلان ہے، جیسے اسکول کے حادثہ کی پالیسی؟.......... ◯ ہاں ◯ نہیں

مرحلہ 5: آپ رضامندی اور دستخط

1. کیا آپ اگلے 5 سالوں کے لیے، مارکیٹ پلیس کو آمدنی کے ڈیٹا، بشمول ٹیکس ریٹرن کی معلومات کا استعمال کرنے کی اجازت دینے کے لیے متفق ہیں؟........................ ◯ ہاں ◯ نہیں
آئندہ برسوں میں کوریج کی اپنی اہلیت کا تعین کرنے اور ادائیگی میں مدد آسان بنانے کے لیے ، آپ مارکیٹ ٹیکس کو ٹیکس گوشواروں سے متعلق معلومات سمیت جدید آمدنی کا ڈیٹا استعمال کرنے کی اجازت دینے پر راضمند ہیں۔ Marketplace نوٹس بھیجے گی اور آپ کو ہر قسم کی تبدیلی کرنے دے گی۔ Marketplace اس بات کو یقینی بنائے گا کہ آپ ابھی بھی اہل ہیں یا نہیں ، اور ہوسکتا ہے کہ آپ سے اس بات کی تصدیق کرنی پڑے کہ آپ کی آمدنی اب بھی اہل ہے۔ آپ کسی بھی وقت باہر اختیار کرسکتے ہیں۔

اگر نہیں، تو میری معلومات کو خود کا طور درج ذیل سالوں کے لیے اپ ڈیٹ کریں: ◯ 5 سال ◯ 4 سال ◯ 3 سال ◯ 2 سال ◯ 1 سال

◯ صحت کے کوریج کے لیے ادائیگی میں مدد کے واسطے میری اہلیت کی تجدید کے لیے میرے ٹیکس ڈیٹا کا استعمال نہ کریں (اس اختیار کو منتخب کرنے سے کوریج کے لیے ادائیگی میں مدد حاصل کرنے کی آپ کی اہلیت متاثر ہوسکتی ہے۔)

2. کیا اس درخواست میں صحت کے بیمہ کے لیے کوئی ایسا شخص درخواست دے رہا جسے قید ہوئی ہو (حراست میں لیا گیا یا جیل ہوئی ہو)؟....................................... ◯ ہاں ◯ نہیں
اگر ہاں، تو ہمیں شخص کا نام بتائیں۔ سزایافتہ شخص کا نام ہے:

◯ اگر الزامات کے لیے تصفیہ کا سامنا کررہا ہے تو یہاں بھریں۔

اگر آپ کی درخواست پر موجود کسی بھی شخص کوMarketplace کی کوریج میں داخلہ لیا گیا ہے اور بعد میں اسے صحت کے دیگر اہلیت (جیسے طِبّی دیکھ بھال، طِبّی اِمداد ، یا CHIP) کی قابلیت پائی گئی تو ، Marketplace خود بخود ان کے مارکیٹ پلیس پلان کی کوریج کو ختم کردے گی۔ اس سے یہ یقینی بنانے میں مدد ملے گی کہ جو بھی شخص کوالیفائ کی دوسری کوریج پایا گیا ہے وہ Marketplace کوریج میں داخل نہیں لے سکے گا اور اسے پوری قیمت ادا کرنا پڑے گی۔

◯ میں اس صورتحال میںMarketplace کی جگہ درخواست پر لوگوں کی Marketplace کو ختم کرنے کی اجازت دینے سے اتفاق کرتا ہوں۔

◯ میں اس صورتحال میںMarketplace کو کوریج ختم کرنے کی اجازت نہیں دیتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میری درخواست پر متاثرہ افراد مالی مدد کے اہل نہیں ہوں گے اور انہیں اپنے Marketplace کی منصوبہ بندی کے لئے پوری قیمت ادا کرنا ہوگی۔

اگراس درخواست پر کوئی شخص میڈیکیڈ کے لیے اہل ہے تو:

- میں میڈیکیڈ ایجنسی کودیگر صحت کے بیمہ، قانونی تصفیے، یا دیگر فریقین ثالث سے حاصل کرنے اور کوئی بھی رقم لینے کے اپنے حقوق دیتا/دیتی ہوں۔ میں میڈیکیڈ ایجنسی کوشریک حیات یا والدین سے حاصل کرنے اور طبی تعاون لینے کے اپنے حقوق دیتا/دیتی ہوں۔
- کیا اس درخواست میں کوئی بچہ ایسا ہے جس کے والدین گھر سے باہر رہتے ہیں؟.. ◯ ہاں ◯ نہیں
- اگر ہاں، تو مجھے معلوم ہے کہ مجھ سے ایجنسی کے ساتھ تعاون کرنے کے لیے کہا جائے گا جو والدین کی غیرحاضری میں طبی تعاون حاصل کریں گے۔ اگر میرے خیال میں طبی تعاون حاصل کرنے میں مدد کرنا مجھے یا میرے بچے کو نقصان پہنچائے گا، تو میں میڈیکیڈ کوبتاسکتا ہوں اور ہوسکتا ہے کہ میں تعاون نہ کروں۔
- میں اس درخواست پر دروغ حلفی کی سزا کے تحت دستخط کررہا/ رہی ہوں ، جس کا مطلب ہے کہ میں نے اپنی بہترین علم کے مطابق سبھی سوالوں کے درست جوابات فراہم کیے ہیں۔ مجھے معلوم ہے کہ اگر میں نے جان بوجھ کرغلط یا جھوٹی معلومات فراہم کی تو میں وفاقی قانون کے تحت جرمانوں کا مستوجب ہوں گا۔
- جھے معلوم ہے کہ میں نے اس درخواست میں جو کچھ لکھا ہے اس میں کسی بھی تبدیلی کی صورت میں (اگر مختلف ہے تو) میرے لیے ہیلتھ انشورنس مارکیٹ پلیس کو 30 دنوں کے اندر بتانا ضروری ہے۔ کسی بھی تبدیلی کی اطلاع دینے کے لیے میں **HealthCare.gov** پر جاسکتا/ سکتی ہوں یا **1-800-318-2596** پر کال کرسکتا/سکتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری معلومات میں تبدیلی سے میری اہلیت ساتھ ہی میرے گھرانے کی فرد(افراد) کی اہلیت پر اثر پڑسکتا ہے۔
- میں جانتا ہوں کہ وفاقی قانون کے تحت، نسل، رنگ، قومی اصل، جنس، عمر، یا معذوری کی بنیاد پر امتیازی سلوک کی اجازت نہیں ہے۔ میں **HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint** پر جا کر امتیازی سلوک کی شکایت درج کرا سکتا ہوں۔
- مجھے معلوم ہے کہ اس فارم کی معلومات کا استعمال صرف صحت کے کوریج کی اہلیت کا تعین کرنے، کوریج کی ادائیگی میں مدد کرنے (درخواست کیے جانے پر)، اورکوریج کی ادائیگی میں مدد کے لیے مارکیٹ پلیس اور پروگراموں کے قانونی مقاصد کے لیے جائے گا۔

اگر آپ درخواست دینے کا انتخاب کرتے ہیں تو صحت کی کوریج کی ادائیگی میں مدد کے لیے آپ کی اہلیت کو جانچنے کے لیے ہمیں اس معلومات کی ضرورت ہے۔ ہم اندرونی محصولات کی خدمت (IRS) ، سوشل سیکیورٹی ، ہوم لینڈ سیکیورٹی کے محکمہ ، اور / یا صارف کی اطلاع دینے والی ایجنسی سے اپنے الیکٹرانک ڈیٹا بیس اور ڈیٹا بیس میں معلومات کا استعمال کرتے ہوئے آپ کے جوابات کا معائنہ کریں گے۔ اگر معلومات مماثل نہیں ہیں تو ، ہم آپ سے تصدیق بھیجنے کے لئے کہہ سکتے ہیں۔

اگر مجھے لگا کہ میری اہلیت کا نوٹس غلط ہے تو مجھے کیا کرنا چاہئے؟

جب ہم آپ کی درخواست پر عمل درآمد کر لیں گے تو آپ کو ڈاک میں اہلیت کا نوٹس موصول ہو گا۔ آپ جس چیز کے لیے اہل ہیں اگر اسے سے متفق نہیں ہیں، تو بہت سے معاملات میں، آپ اپیل کر سکتے ہیں۔ اپنے گھرانے کے کوریج کے لیے درخواست دینے والے ہر فرد کے لیے مخصوص اپیل سے متعلق ہدایات، ساتھ ہی اپیل کرنے کے لیے آپ کے پاس کتنے دن ہیں، کا جائزہ لینے کے لیے اپنی اہلیت کے نوٹس کو پڑھیں۔ اپیل کے لیے درخواست دیتے وقت غور کرنے کے لیے اہم معلومات یہ ہیں:

- اگر آپ چاہیں تو آپ دیگر کسی شخص سے اپنے اپیل کی درخواست یا شرکت کرنے کے لیے کہہ سکتے/سکتی ہیں۔ وہ شخص دوست، رشتہ دار، وکیل، یا دیگر فرد ہوسکتے ہیں۔ یا، آپ اپنے اپیل کی خود سے درخواست دے سکتے یا اس میں شرکت کرسکتے /سکتی ہیں۔
- اگر آپ اپیل کی درخواست کرتے ہیں، تو آپ اپنے اپیل کے زیرالتواء رہنے تک کوریج کے لیے اپنی اہلیت برقرار رکھنے کے اہل ہوسکتے ہیں۔
- اپیل کے نتیجے سے آپ کے گھرانے کے دوسرے افراد کی اہلیت میں تبدیلی ہوسکتی ہے۔

اپنے مارکیٹ پلیس کی اہلیت کے نتائج کی اپیل کے لیے، **HealthCare.gov/marketplace-appeals**.پر جائیں۔ یا مارکیٹ پلیس کال سینٹر کو **1-800-318-2596** پر کال کریں۔ TTY صارفین **1-855-889-4325** پر کال کر سکتے ہیں۔ آپ اپیل کی درخواست کا فارم یا اپنے خط کے ذریعہ اپیل کی درخواست Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 کے پتے پر بھیج سکتے ہیں۔ اگر آپ کو ان چیزوں کے لیے منع کردیا گیا ہو تو، آپ مارکیٹ پلیس،اندراجی وقفے، ٹیکس کریڈٹس، لاگت کے اشتراک میں تخفیف، میڈیکیڈ، اور CHIP کے ذریعہ صحت کا کوریج خریدنے کے لیے اپیل کرسکتے ہیں۔ اگر آپ ٹیکس کریڈٹس یا لاگت کے اشتراک میں تخفیف کے لیے اہل ہوتے ہیں تو، آپ کی اہلیت کے لیے ہمارے ذریعہ تعین کردہ رقم پر آپ اپیل کرسکتے ہیں۔ اپنے صوبہ کے لحاظ سے، آپ مارکیٹ پلیس کے ذریعہ اپیل کرنے کے اہل ہوسکتے ہیں یا پھر آپ کو اسٹیٹ میڈیکیڈ یا CHIP ایجنسی کے یہاں اپیل کی درخواست کرنی ہوگی۔

فرد 1 کو اس درخواست پر دستخط کرنا چاہیے۔ اگر آپ ایک مجاز نمائندہ ہیں، تو فرد 1 کے ضمیمہ C پر دستخط کرنے پر، آپ یہاں دستخط کرسکتے ہیں۔

دستخط	دستخط کی تاریخ (م م/ د د /س س س س)

اگر آپ اس درخواست پر کھلے اندراج والے وقفہ (1 نومبر اور 15 جنوری) سے باہر دستخط کرتے ہیں، تو ضمیمہ D ("زندگی کی تبدیلیوں کے بارے میں سوالات") کا جائزہ لینا یقینی بنائیں۔

مرحلہ 6: مکمل شدہ درخواست بذریعہ ڈاک بھیجیں

اپنی دستخط شدہ درخواست اس پتے پر بذریعہ ڈاک بھیجیں:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
Attn. Appeals, 465 Industrial Blvd
London, KY 40750-0001

اگر آپ ووٹ دینے کے لیے رجسٹر ہونا چاہتے ہیں، تو آپ **eac.gov** پر ووٹر رجسٹریشن فارم مکمل کرسکتے ہیں۔

انگریزی کے علاوہ دیگر زبان میں مدد حاصل کرنا

اگر آپ یا جس کسی کی آپ مدد کر رہے ہیں اسے ہیلتھ انشورنس مارکیٹ پلیس کے بارے میں سوالات درپیش ہیں تو آپ کو بلا قیمت اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے **1-800-318-2596** پر کال کریں۔

یہاں دستیاب زبانوں کی فہرست ہے اور یہی پیغام ان زبانوں میں فراہم کیا گیا ہے:

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.

افشاء کا بیان: کاغذی کارروائی میں کمی کے قانون برائے 1995 کے مطابق، کسی شخص کو معلومات جمع کرنے کے عمل کا جواب دینے کی ضرورت نہیں ہے تاوقتیکہ اس پر ایک جائز OMB نمبر موجود نہ ہو۔ معلومات کی اس جمع آوری کے لیے جائز OMB کنٹرول نمبر 0938-1191 ہے۔ معلومات کی اس جمع آوری کو مکمل کرنے کے لیے مطلوبہ وقت کا تخمینہ اوسطاً 45 منٹ فی جواب کا اندازہ ہے، جس میں ہدایات کو پڑھنے، ڈیٹا کے موجودہ ماخذات تلاش کرنے، درکار ڈیٹا جمع کرنے، اور معلومات کی جمع آوری مکمل کرکے اس پر نظرثانی کرنے کا وقت شامل ہے۔ اگر وقت کے تخمینہ (تخمینے) کی درستگی کے بارے میں آپ کے تشویشات ہوں یا اس فارم کو بہتر بنانے کے لیے مشورے ہوں تو، براہ کرم اس پتے پر لکھیں: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

انگریزی کے علاوہ دیگر زبان میں مدد حاصل کرنا (جاری)

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。

افشاء کا بیان: کاغذی کارروائی میں کمی کے قانون برائے 1995 کے مطابق، کسی شخص کو معلومات جمع کرنے کے عمل کا جواب دینے کی ضرورت نہیں ہے تاوقتیکہ اس پر ایک جائز OMB نمبر موجود نہ ہو۔ معلومات کی اس جمع آوری کے لیے جائز OMB کنٹرول نمبر 0938-1191 ہے۔ معلومات کی اس جمع آوری کو مکمل کرنے کے لیے مطلوبہ وقت کا تخمینہ اوسطاً 45 منٹ فی جواب کا اندازہ ہے، جس میں ہدایات کو پڑھنے، ڈیٹا کے موجودہ ماخذات تلاش کرنے، درکار ڈیٹا جمع کرنے، اور معلومات کی جمع آوری مکمل کرکے اس پر نظرثانی کرنے کا وقت شامل ہے۔ اگر وقت کے تخمینہ (تخمینے) کی درستگی کے بارے میں آپ کے تشویشات ہوں یا اس فارم کو بہتر بنانے کے لیے مشورے ہوں تو، براہ کرم اس پتے پر لکھیں: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

مکمل نہ کریں۔ یہ صف معلوماتی مقاصد کے لئے ہے

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

ضمیمہ A: ملازمتوں سے صحت کا کوریج

آپ کو تب تک ان سوالوں کے جواب دینے کی ضرورت **نہیں** ہے جب تک گھرانے کا کوئی فرد ملازمت سے صحت کے کوریج کا اہل نہیں ہوجاتا، چاہے وہ کوریج کو قبول نہ کرے۔ اگر صرف COBRA کی کوریج پیش کی جا رہی ہے تو آپ کو ان سوالات کے جوابات دینے کی ضرورت نہیں۔ کوریج کی پیشکش والی ہر ملازمت کے لیے اس صفحہ کی ایک کاپی منسلک کریں۔

ہمیں اس ملازمت کے بارے میں بتائیں جو کوریج کی پیشکش کرتی ہے۔
ان سوالوں کے جواب میں مدد کے لیے اس صفحہ کی ایک کاپی بنائیں اور اسے اس آجر کے پاس لے جائیں جو کوریج کی پیشکش کرتے ہیں۔

ملازم کی معلومات

1.ملازم کا نام (پہلا، درمیانی، آخری)

2.ملازم کا سوشل سیکیوریٹی نمبر

آجر کی معلومات

3. آجر / کمپنی کا نام

4. آجر کا شناختی نمبر (EIN)

5. آجر کا فون نمبر

اب، اس فرد یا ڈپارٹمنٹ کی معلومات درج کریں جو ملازمین کے بینیفٹس کا نظم کرتا ہو۔ اگر ہمیں مزید معلومات کی ضرورت ہوگی تو ہم اس فرد سے رابطہ کرسکتے ہیں:

6. ایسا فرد یا شعبہ جس سے ہم ملازمین کے صحت کے کوریج کے سلسلے میں رابطہ کرسکتے ہیں

7. آجر کا پتہ (Marketplace اس پتے پر نوٹسز بھیج سکتا ہے)

8. شہر

9. ریاست

10. زپ کوڈ

11. فون نمبر (اگر مذکور بالا سے مختلف ہو)

12. ای میل پتہ

13. کیا ملازم کو آجر نے ہیلتھ کوریج کی پیش کش کی ہے؟ صرف اس صورت میں ”ہاں“ منتخب کریں اگر انہیں اگلے ماہ کے آغاز سے یا عام اندراج کے دوران درخواست دینے کی صورت میں 1 جنوری سے کوریج کی پیش کش کی جائے گی۔ (1 نومبر تا 15 جنوری)

○ **ہاں** (جاری) ○ **نہیں (آجر:** نہیں (رکیں اور یہ فارم ملازم کو واپس کردیں) ۔**ملازم:** Marketplace کوریج کے لیے اپنی درخواست واپس کریں۔)

کیا آجر ایک ایسا ہیلتھ پلان پیش کرتا ہے جو اس ملازم کے شریک حیات یا منحصر فرد (افراد) کا احاطہ کرتا ہو؟

○ **ہاں اگر ہاں تو،** کن لوگوں کا؟ ○ شریک حیات ○ منحصر فرد (افراد) ○ **نہیں** (سوال 14 پر جائیں۔)

ملازم کے گھرانے کے کسی ایسے دیگر فرد کا نام درج کریں جو اس ملازمت سے کوریج کے لیے اہل ہے۔

نام: نام: نام:

ہمیں اس آجر کے ذریعہ پیش کردہ ہیلتھ کوریج کے بارے میں بتائیں۔

14. کیا آجر نے ایسے ہلیتھ پلان کی پیشکش کی ہے جو معیاری کم از کم قدر کی تکمیل کرتا ہو*؟

○ **ہاں** (سوال 15 پر جائیں۔) ○ **نہیں** (رکیں اور اس فارم کو ملازم کو واپس کردیں)۔

15. **ملازم کو** پیشکش کردہ کم تر لاگت کے پلان کے لیے ملازم کو کتنی ادائیگی کرنی ہوگی جو صرف معیاری کم از کم قدرکی تکمیل کرتا ہے*؟ فیملی پلانز کو شامل نہ کریں۔

a. ملازم اس پریمیم کی ادائیگی کرے گا: **$**

نوٹ: کم تر رقم درج کریں جسے ملازم صحت کے کوریج کے لیے ادا کرسکتا ہے۔

b. ملازم اس رقم کی ادائیگی کرے گا: ○ ہفتہ واری ○ ہر 2 ہفتہ پر ○ مہینہ میں دو بار ○ مہینہ میں ایک بار ○ سہ ماہی ○ سالانہ

16. **اگر گھرانے کے دیگر افراد سوال 13 کے لیے درج ہیں:** ملازم سب سے کم لاگت والے منصوبے کے لیے کتنی رقم ادا کرے گا جو سوال 13 میں درج ملازم اور گھرانے کے ممبران کا احاطہ کرتا ہے؟ اگر آجر فلاح و بہبود کے پروگرام پیش کرتا ہے، تو وہ پریمیم درج کریں جو ملازم ادا کرے گا اگر ملازم کو تمباکونوشی ترک کرنے کے پروگراموں کے لیے زیادہ سے زیادہ ڈسکاؤنٹ ملے اور اسے فلاح و بہبود کے پروگراموں کی بنیاد پر کوئی اور ڈسکاؤنٹ نہ ملے۔

a. ملازم اس پریمیم کی ادائیگی کرے گا: **$**

b. ملازم اس رقم کی ادائیگی کرے گا: ○ ہفتہ واری ○ ہر 2 ہفتہ پر ○ مہینہ میں دو بار ○ مہینہ میں ایک بار ○ سہ ماہی ○ سالانہ

* صحت کا بیمہ ایسی صورت میں کم از کم قدر والے معیار کی تکمیل کرتا ہے اگر یہ معیاری آبادی کے لیے طبی خدمات کی کل لاگت کے کم از کم 60% کی ادائیگی کرتا ہو اور ہسپتال اور ڈاکٹر کی خدمات کا معقول کوریج پیش کرتا ہو۔ ملازمت پر مبنی زیادہ تر پلانز کم از کم قدر والے معیار کی تکمیل کرتے ہیں۔

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

مکمل نہ کریں۔ یہ صف معلوماتی مقاصد کے لئے ہے

ضمیمہ B

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

مکمل نہ کریں۔ یہ صف معلوماتی مقاصد کے لئے ہے

ضمیمہ C: اس درخواست کو مکمل کرنے میں مدد کریں۔

صرف درخواست کے مستند صلاح کاران، نیویگیٹرز، ایجنٹس، اور بروکرز کے لیے۔
اگر آپ کسی اور کے لیے اس درخواست کو مکمل کرنے والے مستند صلاح کار، نیویگیٹر، ایجنٹ، اور بروکر ہیں تو اس سیکشن کو مکمل کریں۔

1. درخواست کے شروع ہونے کی تاریخ (ماہ/دن/سال)

2. پہلا نام، درمیانی نام، آخری نام، اور لاحقہ

3. تنظیم کا نام

4. ID نمبر(اگر اطلاق ہو)

5. صرف ایجنٹس / بروکرز: NPN نمبر

آپ ایک مستند نمائندہ منتخب کرسکتے ہیں۔
آپ ہمارے ساتھ اس درخواست پر بات کرنے، اپنی معلومات کو دیکھنے، اور اس درخواست سے متعلق معاملات پرآپ کی جانب سے عمل کرنے، بشمول آپ کی درخواست کے بارے میں معلومات حاصل کرنے اور آپ کی جانب سے آپ کی درخواست پر دستخط کرنے کے لیے، کسی قابل اعتماد شخص کو اجازت دے سکتے ہیں۔ ایسے شخص کو ایک "مجاز نمائندہ" کہا جاتا ہے۔ اگر آپ کبھی بھی اپنے مجاز نمائندہ کو تبدیل یا ہٹانا چاہتے ہیں، تو مارکیٹ پلیس سے رابطہ کریں۔ اگر آپ نے اس درخواست کے لیے کسی کو قانونی طورپر اپنا نمائندہ مقرر کیا ہے، تو درخواست کے ساتھ ثبوت جمع کریں۔

1. مجاز نمائندہ کا نام (پہلا نام، درمیانی نام، آخری نام

2. پتہ

3. گھر کا پتہ 2

4. شہر

5. ریاست

6. زپ کوڈ

7. فون نمبر

8. تنظیم کا نام

9. ID نمبر(اگر اطلاق ہو)

دستخط کرکے، آپ اس شخص کو اپنی درخواست پر دستخط کرنے، اس درخواست کے بارے میں باضابطہ معلومات حاصل کرنے، اور مستقبل میں اس درخواست سے متعلق سبھی معاملات میں اپنی جانب سے کام کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔

10. اس درخواست میں مندرج فرد 1 کا دستخط

11. دستخط کی تاریخ (ماہ/دن/سال)

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

ضمیمہ D: زندگی کی تبدیلیوں کے بارے میں سوالات

(آپ کو اس صفحہ کے ساتھ اس درخواست کے باقی حصوں کو مکمل کرنا چاہئے۔ صرف اسی صفحہ کو جمع نہ کریں۔)

اگر اس درخواست کے کسی فرد نے زندگی کی کچھ تبدیلیاں تجربہ کیں جیسے صحت کا احاطہ کھونے ، شادی کرنا ، یا ایک بچہ پیدا کرنا - پچھلے 60 دنوں میں (یا اگلے 60 دنوں میں توقع کرتا ہے) ،تو یہ صفحہ پر کریں اور اپنی مکمل، دستخط شدہ درخواست میں اسے شامل کریں۔ زندگی میں کچھ تبدیلیاں آپ کے کوریج کو Marketplace کے ذریعہ فورا ہی شروع ہونے دیتی ہیں۔ اگر آپ سالانہ اوپن اندراج کے عرصے سے باہر درخواست دے رہے ہیں تو ہم آپ کو ان سوالوں کے جوابات دینے کی بھی سفارش کرتے ہیں (1 نومبر تا 15 جنوری)۔

یہ سوالات اختیاری ہیں۔ اگر آپ کے حالات زندگی میں تبدیلی نہیں ہوئی ہے تو، آپ جوابات کو خالی چھوڑ سکتے ہیں۔ آپ سال میں کسی بھی وقت میڈیکیڈ اور چلڈرنز ہیلتھ انشورنس پروگرام (CHIP) میں اندراج کروا سکتے ہیں، خواہ آپ کو زندگی میں تبدیلیوں کا سامنا نہ بھی ہوا ہو۔ وفاقی طور پر شناخت کردہ قبائل کے ممبران اور شیئر ہولڈر الاسکائی باشندے سال کے کسی بھی وقت مارکیٹ پلیس کے ذریعہ کوریج میں اندراج کرواسکتے ہیں۔

اپنے گھرانے میں ہوئی تبدیلیوں کے بارے میں ہمیں بتائیں۔

1. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی شخص کا تخصیصی صحت کا کوریج ختم ہوا ہے، یا اگلے 60 دنوں میں تخصیصی صحت کا کوریج ختم ہونے کی توقع ہے؟

ان کے نام	وہ تاریخ جب کوریج ختم ہوئی یا ختم ہوگی (م م / د د / س س س س)
	__ __ / __ __ / __ __ __ __

2. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی کی شادی ہوئی ہے؟

ان کے نام	تاریخ (م م / د د / س س س س)
	__ __ / __ __ / __ __ __ __

a. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی بھی وقت ان میں سے کسی فرد کو صحت کا تخصیصی کوریج حاصل رہا؟ .... ◯ ہاں ◯ نہیں

اگر ہاں تو، یہاں ان کا (کے) نام درج کریں: ____________________

3. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی کو قید (حراست یا جیل) سے رہائی ملی ہے؟

ان کے نام	تاریخ (م م / د د / س س س س)
	__ __ / __ __ / __ __ __ __

4. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی نے اہل امیگریشن والی حیثیت حاصل کی ہے؟

ان کے نام	تاریخ (م م / د د / س س س س)
	__ __ / __ __ / __ __ __ __

5. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی کو گود لیا گیا، گود لینے کے لیے پیش کیا گیا ہے، یا رضاعی نگہداشت کے لیے دیا گیا ہے؟

ان کے نام	تاریخ (م م / د د / س س س س)
	__ __ / __ __ / __ __ __ __

6. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کوئی چائلڈ سپورٹ یا دیگر عدالتی حکم کے تحت منحصر بنا ہے؟

ان کے نام	تاریخ (م م / د د / س س س س)
	__ __ / __ __ / __ __ __ __

7. کیا پچھلے 60 دنوں میں کوئی منتقل ہوا؟

ان کے نام	منتقلی کی تاریخ (م م / د د / س س س س)
	__ __ / __ __ / __ __ __ __

a. آپ کے سابقہ پتہ کا زپ کوڈ کیا ہے؟ ◯ اگر آپ کسی بیرون ملک یا امریکی علاقے سے منتقل ہوگئے ہیں تو یہاں پُر کریں۔

__ __ __ __ __

b. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی بھی وقت ان میں سے کسی فرد کو صحت کا تخصیصی کوریج حاصل رہا؟ .... ◯ ہاں ◯ نہیں

اگر ہاں تو، ذیل میں ان کا نام درج کریں:

ان کے نام

____