

## استعد للتقدم بطلب للحصول على تغطية سوق التأمين الصحي الخاص بك أو إعادة التسجيل فيها

للتقدم بطلب أو إعادة التسجيل في تغطية سوق التأمين الصحي Marketplace، تفضل بزيارة [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) أو اتصل بمركز اتصال سوق التأمين الصحي Marketplace على الرقم 1-800-318-2596. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-855-889-4325. جهّز هذه المعلومات قبل بدء طلبك. سيساعدك هذا على تعبئة طلبك بشكل أسرع.

هل هو جاهز؟	لماذا أحتاج إلى هذا؟	ماذا أحتاج؟
<input type="checkbox"/>	سيطلب طلب سوق التأمين الصحي Marketplace الخاص بك المعلومات الأساسية، بما في ذلك اسمك وتاريخ ميلادك.	معلوماتك
<input type="checkbox"/>	سيسألك طلب سوق التأمين الصحي Marketplace الخاص بك عن كل شخص في أسرتك، حتى أولئك الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية. بالنسبة لسوق التأمين الصحي Marketplace، عادة ما تتضمن أسرتك مقدمي الضرائب ومعاليتهم من المنظور الضريبي، ولكن هناك استثناءات. في بعض الأحيان تشمل الأشخاص الذين تعيش معهم والذين ليسوا في أسرتك الضريبية. قم بتضمين نفسك في طلبك. أثناء تعبئة طلبك، قد تضطر إلى الإجابة على أسئلة حول الأشخاص التاليين: <ul style="list-style-type: none"><li>■ زوجك</li><li>■ أطفالك الذين يعيشون معك، حتى لو كانوا يكسبون ما يكفي من المال لتقديم إقرار ضريبي بأنفسهم</li><li>■ أي شخص تقوم بتضمينه في إقرارك الضريبي كعمال، حتى لو لم يكن يعيش معك</li><li>■ أي شخص آخر أقل من 21 عاماً تعتني به ويعيش معك</li><li>■ شريكك غير المتزوج، فقط إذا كان أحدهما أو كليهما:<ul style="list-style-type: none"><li>■ إنهم معالون عليك للأغراض الضريبية</li><li>■ هم والد طفلك</li></ul></li></ul> لمزيد من المعلومات، قم بزيارة <a href="https://www.healthcare.gov/income-and-household-information/household-size">HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size</a> ، أو اتصل بمركز الاتصال الخاص بسوق التأمين الصحي.	معلومات عن أسرتك

هل هو جاهز؟	لماذا أحتاج إلى هذا؟	ماذا أحتاج؟
<input type="checkbox"/>	يمكن أن يؤثر المكان الذي تعيش فيه على التغطية الصحية التي أنت مؤهل للحصول عليها. ستحدد ولايتك في بداية الطلب. ستدخل عنوان منزلك لإظهار ما إذا كنت مقيمًا في الولاية التي تبحث فيها عن التغطية. ستدخل عنوانك البريدي. عادةً ما يكون هذا هو نفس عنوان منزلك. إذا لم يكن الأمر كذلك ، فقم بتقديم عنوان بريدي في الولاية التي تعيش فيها. إذا كان لدى أي شخص في طلبك منزل أو عنوان بريدي مختلف، فستحتاج إلى الحصول عليه أيضًا.	العناوين المنزلية و / أو البريدية لكل شخص يتقدم بطلب للحصول على التغطية
<input type="checkbox"/>	سيطلب طلب سوق التأمين الصحي Marketplace الخاص بك المعلومات الأساسية عن كل شخص يتقدم بطلب للحصول على التغطية، بما في ذلك علاقته بك.	معلومات عن كل شخص يتقدم بطلب للحصول على التغطية
<input type="checkbox"/>	سيطلب طلب سوق التأمين الصحي Marketplace الخاص بك رقم الضمان الاجتماعي المكون من 9 أرقام لكل شخص، حتى أولئك الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية. سيؤكد سوق التأمين الصحي Marketplace أرقام الضمان الاجتماعي مع هيئة الضمان الاجتماعي بعد منحك الإذن في بداية طلبك. إذا لم تقم بإدخال رقم الضمان الاجتماعي، فقد تحتاج إلى تقديم مزيد من المعلومات في وقت لاحق.	رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل شخص
<input type="checkbox"/>	إذا كان أحد الأخصائيين يساعدك في طلبك ، فستقوم بإدخال معلوماته. يشمل هؤلاء الأخصائيون المرشدين ومستشاري الطلبات المعتمدين وموظفي المساعدة الشخصية والوكلاء والوسطاء.	معلومات حول الأخصائي الذي يساعدك في تقديم الطلب، إن وجد
<input type="checkbox"/>	إذا كان طلبك يتضمن مهاجرًا موجودًا بشكل قانوني يحتاج إلى تغطية، فسيطلب منك تقديم معلومات من وثائق الهجرة الخاصة بهم.	معلومات ووثيقة الهجرة لكل مهاجر موجود بشكل قانوني
<input type="checkbox"/>	إذا كنت تقدم إقرارات ضرائب دخل فيدرالية وكنت متزوجًا، فيجب أن يعرف السوق ما إذا كنت تقدم بشكل منفصل أو مشترك. سيتم سؤالك أيضًا عن من تفيد بأنه مُعال من المنظور الضريبي.	معلومات حول كيفية تقديم الإقرارات الضريبية الخاصة بك
<input type="checkbox"/>	قد يسأل طلب سوق التأمين الصحي Marketplace الخاص بك عن دخل ونفقات كل فرد في أسرتك، حتى أولئك الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على التغطية. يحسب سوق التأمين الصحي Marketplace هذه الإيرادات كدخل: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ الأجور والرواتب، كما هو مذكور في نموذج W-2 الخاص بكل شخص وقسيمة الراتب</li> <li>■ النصائح</li> <li>■ صافي الدخل من أي عمل حر أو عمل تجاري</li> <li>■ تعويض البطالة</li> <li>■ مدفوعات الضمان الاجتماعي، بما في ذلك مدفوعات الإعاقة (ولكن ليس دخل الضمان التكميلي (SSI))</li> <li>■ النفقة في حالات الطلاق والانفصال التي تم الانتهاء منها قبل 1 يناير 2019</li> <li>■ دخل التقاعد أو المعاش التقاعدي، بما في ذلك معظم عمليات السحب من حساب التقاعد الفردي (IRA) أو خطة 401K</li> <li>■ دخل الاستثمار، مثل الأرباح الموزعة أو الفوائد</li> <li>■ دخل الإيجار</li> <li>■ دخل خاضع للضريبة آخر</li> </ul> للمزيد من المعلومات حول الدخل أو مصادر الدخل التي يجب تضمينها، قم بزيارة <a href="https://www.healthcare.gov/income-and-household-information/income">HealthCare.gov/income-and-household-information/income</a> .	معلومات جهة العمل والدخل لكل فرد في أسرتك

هل هو جاهز؟	لماذا أحتاج إلى هذا؟	ماذا أحتاج؟
<input type="checkbox"/>	قد يطلب منك طلب سوق التأمين الصحي Marketplace تقدير دخل أسرتك للسنة التي تتقدم فيها بطلب للحصول على التغطية. إذا لم تكن متأكدًا، فلا بأس من إجراء أفضل تقدير لك. إذا تغير دخلك أو كان مختلفًا عما كنت تقدره، فستحتاج إلى تحديث هذه المعلومات لاحقًا. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة <a href="https://www.healthcare.gov/reporting-changes/why-report-changes">HealthCare.gov/reporting-changes/why-report-changes</a> . للحصول على مساعدة في حساب دخل أسرتك، قم بزيارة <a href="https://www.healthcare.gov/income-calculator">HealthCare.gov/income-calculator</a> .	أفضل تقدير لدخل أسرتك
<input type="checkbox"/>	سيُطلب منك طلب سوق التأمين الصحي Marketplace الخاص بك عما إذا كان أي شخص في أسرتك لديه حاليًا تغطية صحية، بما في ذلك Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) أو Medicare أو TRICARE أو برنامج الرعاية الصحية VA أو Peace Corps أو COBRA أو تأمين المتقاعدين أو التغطية من خلال التأمين الفردي (بما في ذلك تغطية سوق التأمين الصحي Marketplace) أو جهة العمل. إذا كان لدى أي شخص تغطية الآن، فقد تحتاج إلى إدخال أرقام البوليصات الخاصة به. يمكنك العثور على هذه المعلومات على بطاقة التأمين الخاصة به أو المستندات التي يحصل عليها من خطته.	معلومات التغطية الصحية الحالية
<input type="checkbox"/>	سيطلب طلب سوق التأمين الصحي Marketplace الخاص بك معلومات حول أي خطة قائمة على الوظيفة أنت أو أي شخص في أسرتك مؤهل لها. سيطلب معلومات الاتصال بجهة العمل لكل شخص في أسرتك لديه وظيفة. يمكنك استخدام أداة تغطية جهة العمل على <a href="https://www.healthcare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf">HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf</a> للمساعدة في جمع هذه المعلومات. قم بتعبئة هذه الورقة لكل فرد من أفراد الأسرة مؤهل للحصول على التغطية الصحية التقليدية من خلال وظيفة، حتى إذا لم يكن مسجلًا في الخطة المستندة إلى الوظيفة أو يتقدم بطلب للحصول على تغطية سوق التأمين الصحي Marketplace.	معلومات جهة العمل
<input type="checkbox"/>	إذا كان شخص ما يعمل في شركة تقدم المساعدة في دفع تكاليف خطة صحية أو نفقات رعاية صحية من خطة ترتيب التعويض الصحي (HRA) من خلال تغطية فردية أو خطة ترتيب التعويض الصحي (HRA) من خلال جهة عمل صغيرة مؤهلة، فاستخدم الإخطار المقدم من جهة العمل لإكمال طلب سوق التأمين الصحي Marketplace الخاص بك. تفضل بزيارة <a href="https://www.healthcare.gov/job-based-help">HealthCare.gov/job-based-help</a> لمعرفة المزيد.	إخطار خطة ترتيب التعويض الصحي (HRA) (إذا عُرض على أي شخص خطة ترتيب التعويض الصحي من خلال جهة العمل)



## حماية معلوماتك الشخصية

لا تشارك معلوماتك أبدًا مع أي شخص يقدم نقودًا أو هدايا أو امتيازات أخرى. [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) هو المكان الرسمي للحصول على تأمين سوق التأمين الصحي Marketplace بأسعار معقولة.

قدم الطلب عبر الإنترنت أو اتصل بمركز اتصال سوق التأمين الصحي Marketplace على الرقم 1-800-318-2596 (الهاتف النصي: 1-800-318-2596) للمساعدة في طلبك وخياراتك والتسجيل.

تفضل بزيارة [HealthCare.gov/protect-from-fraud-and-scams](https://www.healthcare.gov/protect-from-fraud-and-scams)

للحصول على مزيد من النصائح حول حماية نفسك من الاحتيال وماذا تفعل إذا كنت تشك في وجود شيء مريب.

CMS Product No. 11896 • September 2025

يحق لك الحصول على معلوماتك بتنسيق ميسر الوصول، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو في صيغة صوتية. يحق لك أيضًا تقديم شكوى إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز.

تفضل بزيارة [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice) أو اتصل بالرقم 1-800-318-2596. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-855-889-4325.

تم إنتاج هذا المنتج على نفقة دافعي الضرائب الأمريكيين. سوق التأمين الصحي هي علامة خدمة مسجلة في الولايات المتحدة. وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.



HealthCare.gov

CMS Product No. 11896 • September 2025

تم إنتاج هذا المنتج على نفقة دافعي الضرائب الأمريكيين.  
سوق التأمين الصحي " هي علامة خدمة مسجلة في الولايات المتحدة. وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.



HealthCare.gov