

Ετοιμαστείτε να υποβάλετε αίτηση ή να εγγραφείτε ξανά στην κάλυψη του Health Insurance Marketplace®

Health Insurance Marketplace

Για να υποβάλετε αίτηση για ή να εγγραφείτε ξανά στην κάλυψή σας στο Marketplace, επισκεφτείτε το HealthCare.gov ή καλέστε το Κέντρο Τηλεφωνικής Εξυπηρέτησης του Marketplace στο 1-800-318-2596. Οι χρήστες ΤΤΥ μπορούν να καλέσουν 1-855-889-4325.

Έχετε αυτές τις πληροφορίες έτοιμες πριν ξεκινήσετε την αίτησή σας. Θα σας βοηθήσουν να συμπληρώσετε την αίτησή σας ταχύτερα.

Τι χρειάζομαι;	Γιατί το χρειάζομαι αυτό;	Είναι έτοιμο;
Η πληροφορία σου	Η αίτησή σας στο Marketplace θα σας ζητήσει ορισμένες βασικές πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένου του ονόματός και της ημερομηνίας γέννησής σας.	<input type="checkbox"/>
Πληροφορίες για το νοικοκυριό σας	<p>Η αίτησή σας στο Marketplace θα σας ρωτήσει για κάθε άτομο στο νοικοκυριό σας, ακόμη και για εκείνα που δεν υποβάλλουν αίτηση για κάλυψη.</p> <p>Για το Marketplace, το νοικοκυριό σας περιλαμβάνει συνήθως τους φορολογούμενους και τα φορολογικά εξαρτώμενα μέλη τους, αλλά υπάρχουν εξαιρέσεις. Μερικές φορές περιλαμβάνει άτομα με τα οποία ζείτε και δεν ανήκουν στο φορολογικό σας νοικοκυριό.</p> <p>Συμπεριλάβετε τον εαυτό σας στην αίτησή σας. Καθώς συμπληρώνετε την αίτησή σας, ενδέχεται να σας γίνουν ερωτήσεις σχετικά με τα ακόλουθα άτομα:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Η σύζυγός σας■ Τα παιδιά σας που μένουν μαζί σας, ακόμα κι αν βγάζουν αρκετά χρήματα για να υποβάλουν φορολογική δήλωση οι ίδιοι■ Οποιοδήποτε συμπεριλάβετε στη φορολογική σας δήλωση ως εξαρτώμενο άτομο, ακόμα κι αν δεν ζει μαζί σας■ Οποιοσδήποτε άλλος κάτω των 21 ετών που φροντίζετε και ζει μαζί σας■ Ο άγαμος σύντροφός σας, μόνο εάν ισχύει το ένα ή και τα δύο:<ul style="list-style-type: none">• Εξαρτώνται από εσάς για φορολογικούς σκοπούς• Είναι οι γονείς του παιδιού σας <p>Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφθείτε το HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size, ή καλέστε το τηλεφωνικό κέντρο του Marketplace.</p>	<input type="checkbox"/>
Οικιακές ή/και ταχυδρομικές διευθύνσεις για όλους όσους υποβάλλουν αίτηση για κάλυψη	<p>Ο τόπος διαμονής μπορεί να επηρεάσει την κάλυψη υγείας για την οποία πληροίτε τις προϋποθέσεις.</p> <p>Θα επιλέξετε την κατάσταση σας στην αρχή της αίτησης. Θα εισαγάγετε τη διεύθυνση του σπιτιού σας για να δείξετε εάν είστε κάτοικος της πολιτείας όπου αναζητάτε κάλυψη.</p> <p>Θα σας ζητηθεί η ταχυδρομική σας διεύθυνση. Αυτή είναι συνήθως η ίδια με τη διεύθυνση του σπιτιού σας. Εάν δεν είναι, δώστε μια ταχυδρομική διεύθυνση στην πολιτεία στην οποία ζείτε.</p> <p>Εάν κάποιος στην αίτησή σας έχει διαφορετική διεύθυνση κατοικίας ή ταχυδρομικής διεύθυνσης, θα πρέπει να την έχετε επίσης.</p>	<input type="checkbox"/>
Πληροφορίες για όλους όσους υποβάλλουν αίτηση για κάλυψη	Η αίτησή σας στο Marketplace θα σας ζητήσει ορισμένες βασικές πληροφορίες σχετικά με όλους όσους υποβάλλουν αίτηση για κάλυψη, συμπεριλαμβανομένης της σχέσης τους με εσάς.	<input type="checkbox"/>

Τι χρειάζομαι;	Γιατί το χρειάζομαι αυτό;	Είναι έτοιμο;
Αριθμοί Κοινωνικής Ασφάλισης (SSN) για όλους στην αίτησή σας	Η εφαρμογή σας στο Marketplace θα σας ζητήσει το 9ψήφιο SSN κάθε ατόμου, ακόμη και εκείνων που δεν υποβάλλουν αίτηση για κάλυψη. Το Marketplace θα επιβεβαιώσει τους Αριθμούς Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης με την Κοινωνική Ασφάλιση, αφού δώσετε την άδειά σας στην αρχή της αίτησής σας. Εάν δεν εισαγάγετε ένα SSN, μπορεί να χρειαστεί να δώσετε περισσότερες πληροφορίες αργότερα.	<input type="checkbox"/>
Πληροφορίες σχετικά με τον επαγγελματία που σας βοηθά να κάνετε αίτηση, εάν υπάρχουν	Εάν κάποιος επαγγελματίας σας βοηθά να ολοκληρώσετε την αίτησή σας, θα εισαγάγετε τα στοιχεία του. Αυτοί οι επαγγελματίες περιλαμβάνουν: πλοηγούς, πιστοποιημένους συμβούλους εφαρμογών, προσωπικό προσωπικής βοήθειας, πράκτορες και μεσίτες.	<input type="checkbox"/>
Πληροφορίες εγγράφου μετανάστευσης (αυτό ισχύει μόνο για νόμιμα παρόντες μετανάστες)	Εάν κάποιος στην αίτησή σας που χρειάζεται κάλυψη είναι νόμιμα παρόντας μετανάστης, θα σας ζητηθεί να παράσχετε πληροφορίες από τα έγγραφα μετανάστευσης.	<input type="checkbox"/>
Πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο υποβολής των φόρων σας	Εάν υποβάλετε ομοσπονδιακούς φόρους εισοδήματος και είστε παντρεμένοι, το Marketplace πρέπει να γνωρίζει εάν υποβάλλετε χωριστά ή από κοινού. Θα ερωτηθείτε επίσης για το ποιον απαιτείτε ως φορολογούμενος.	<input type="checkbox"/>
Πληροφορίες εργοδότη και εισοδήματος για όλους στο νοικοκυριό σας	<p>Η αίτησή σας στο Marketplace μπορεί να σας ρωτήσει για τα έσοδα και τα έξοδα όλων στο νοικοκυριό σας, ακόμη και εκείνων που δεν υποβάλλουν αίτηση για κάλυψη.</p> <p>Το Marketplace υπολογίζει τα παρακάτω ως έσοδα:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Μισθοί και ημερομίσθια, όπως αναφέρονται στο έντυπο W-2 και τα στελέχη ■ Συμβουλές ■ Καθαρό εισόδημα από οποιαδήποτε αυτοαπασχόληση ή επιχείρηση ■ Αποζημίωση ανεργίας ■ Πληρωμές κοινωνικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένων των πληρωμών αναπηρίας (αλλά όχι Συμπληρωματικό Εισόδημα ασφαλείας (SSI)) ■ Διατροφή για διαζύγια και χωρισμούς οριστικοποιημένα πριν από την 1η Ιανουαρίου 2019 ■ Εισόδημα από τη συνταξιοδότηση ή τη σύνταξη, συμπεριλαμβανομένων των περισσότερων αναλήψεων IRA ή 401K ■ Έσοδα από επενδύσεις, όπως μερίσματα ή τόκοι ■ Έσοδα από ενοίκια ■ Λοιπά φορολογητέα εισοδήματα <p>Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το εισόδημα ή ποιες πηγές εισοδήματος πρέπει να συμπεριληφθούν, επισκεφθείτε το HealthCare.gov/income-and-household-information/income.</p>	<input type="checkbox"/>
Η καλύτερη εκτίμησή σας για το οικογενειακό σας εισόδημα	<p>Η αίτησή σας στο Marketplace μπορεί να σας ζητήσει να υπολογίσετε ποιο θα είναι το εισόδημα του νοικοκυριού σας το έτος που υποβάλλετε αίτηση για κάλυψη.</p> <p>Εάν δεν είστε σίγουροι, δεν πειράζει να κάνετε την καλύτερη εκτίμηση. Εάν το εισόδημά σας αλλάξει ή είναι διαφορετικό από αυτό που υπολογίσατε, θα χρειαστεί να ενημερώσετε αυτές τις πληροφορίες αργότερα. Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφθείτε το HealthCare.gov/reporting-changes/why-report-changes.</p> <p>Για να σας βοηθήσουμε να υπολογίσετε το οικογενειακό σας εισόδημα, επισκεφτείτε το HealthCare.gov/income-calculator.</p>	<input type="checkbox"/>

Τι χρειάζομαι;	Γιατί το χρειάζομαι αυτό;	Είναι έτοιμο;
<p>Τρέχουσες πληροφορίες υγειονομικής κάλυψης</p>	<p>Η αίτησή σας στο Marketplace θα σας ρωτήσει αν κάποιος στο νοικοκυριό σας είναι επί του παρόντος εγγεγραμμένος σε υγειονομική κάλυψη, συμπεριλαμβανομένου του Medicaid, του προγράμματος ασφάλισης υγείας για παιδιά (CHIP), του Medicare, του TRICARE, του προγράμματος υγειονομικής περίθαλψης των VA, των Ειρηνευτικών Σωμάτων, του COBRA, της ασφάλισης συνταξιούχων ή της κάλυψης μέσω ατομικής ασφάλισης (συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης Marketplace) ή ενός εργοδότη.</p> <p>Εάν κάποιος έχει κάλυψη τώρα, ενδέχεται να χρειαστεί να εισαγάγετε τους αριθμούς των συμβολαίων του. Μπορείτε να βρείτε αυτές τις πληροφορίες στην κάρτα ασφάλισής τους ή στα έγγραφα που λαμβάνουν από το πρόγραμμά τους.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Πληροφορίες εργοδότη για κάθε άτομο στο νοικοκυριό σας</p>	<p>Η αίτησή σας για το Marketplace θα σας ζητήσει πληροφορίες σχετικά με οποιοδήποτε πρόγραμμα που βασίζεται στην εργασία σας, για το οποίο εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος στο νοικοκυριό σας είναι επιλέξιμος. Θα σας ζητήσει στοιχεία επικοινωνίας με τον εργοδότη για κάθε άτομο στο νοικοκυριό σας που εργάζεται. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το Employer Coverage Tool στη διεύθυνση healthcare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf για να συλλέξετε αυτές τις πληροφορίες. Θα πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το φύλλο εργασίας για κάθε μέλος της οικογένειας που δικαιούται παραδοσιακή υγειονομική κάλυψη μέσω της εργασίας του, ακόμη και αν το άτομο αυτό δεν είναι εγγεγραμμένο στο πρόγραμμα που βασίζεται στην εργασία του ή δεν υποβάλλει αίτηση για κάλυψη στο Marketplace.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ειδοποίηση Συμφωνίας Αποζημίωσης Υγείας (HRA) (αυτό ισχύει μόνο εάν σε οποιονδήποτε στο νοικοκυριό σας προσφέρεται HRA μέσω του εργοδότη του)</p>	<p>Εάν κάποιος εργάζεται για μια επιχείρηση που προσφέρει βοήθεια για την πληρωμή ενός προγράμματος υγείας ή δαπανών υγειονομικής περίθαλψης μέσω ατομικής κάλυψης HRA ή ειδικευμένου HRA μικρού εργοδότη, χρησιμοποιήστε την ειδοποίηση από τον εργοδότη για να ολοκληρώσετε την αίτησή σας στο Marketplace. Επισκεφτείτε το HealthCare.gov/job-based-help για να μάθετε περισσότερα.</p>	<input type="checkbox"/>

Έχετε το δικαίωμα να λάβετε πληροφορίες της Αγοράς σε προσβάσιμη μορφή, όπως μεγάλα γράμματα, braille ή ήχος.
Έχετε επίσης το δικαίωμα να υποβάλλετε παράπονα αν αισθάνεστε ότι έχετε υποστεί διάκριση.

Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice, ή καλέστε στο 1-800-318-2596. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν το 1-855-889-4325.

Health Insurance Marketplace

CMS Product No. 11896-GR (Greek)
August 2023

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