

# Preparati a fare domanda o a rinnovare la tua copertura **Health Insurance Marketplace®**

Per fare domanda o rinnovare la copertura del Marketplace, visita [HealthCare.gov](#) o chiama il Call Center del Marketplace al numero 1-800-318-2596. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-855-889-4325.

Tieni a portata di mano queste informazioni prima di iniziare la tua domanda. Ti aiuterà a compilare la tua domanda più velocemente.

| <b>Di cosa ho bisogno?</b>            | <b>Perché ne ho bisogno?</b>   | <b>È pronto?</b>         |
|---------------------------------------|--|--------------------------|
| Le tue informazioni                   | L'applicazione Marketplace richiederà informazioni di base, tra cui il tuo nome e la data di nascita.  | <input type="checkbox"/> |
| Informazioni sul tuo nucleo familiare | <p>La tua applicazione Marketplace chiederà informazioni su ogni persona del tuo nucleo familiare, anche su coloro che non richiedono la copertura.</p> <p>Per il Marketplace, il tuo nucleo familiare di solito include i dichiaranti fiscali e i loro familiari a carico, ma ci sono delle eccezioni. A volte include persone con cui vivi che non fanno parte del tuo nucleo familiare fiscale.</p> <p>Includi te stesso nella tua domanda. Durante la compilazione della domanda, potrebbe essere necessario rispondere a domande sulle seguenti persone:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Il tuo coniuge</li><li>■ I tuoi figli che vivono con te, anche se guadagnano abbastanza soldi per presentare da soli la dichiarazione dei redditi</li><li>■ Chiunque includi nella dichiarazione dei redditi come familiare a carico, anche se non vive con te</li><li>■ Chiunque altro abbia meno di 21 anni di cui ti prendi cura e che vive con te</li><li>■ Il tuo partner non sposato, solo se si verifica una o entrambe:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sono a tuo carico a fini fiscali</li><li>▪ Sono il genitore di tuo figlio</li></ul></li></ul> <p>Per ulteriori informazioni, visita <a href="#">HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size</a> o chiama il Call Center del Marketplace.</p> | <input type="checkbox"/> |

| <b>Di cosa ho bisogno?</b>  | <b>Perché ne ho bisogno?</b>   | <b>È pronto?</b>         |
|---|--|--------------------------|
| Indirizzi di casa e/o postali per tutti coloro che richiedono la copertura                      | <p>Il luogo in cui vivi può influire sulla copertura sanitaria a cui risulti idoneo. Selezionerai il tuo stato all'inizio della richiesta. Inserirai il tuo indirizzo di casa per mostrare se sei residente nello stato in cui stai cercando la copertura.</p> <p>Inserirai il tuo indirizzo postale. Di solito è lo stesso del tuo indirizzo di casa. In caso contrario, fornisci un indirizzo postale nello stato in cui vivi.</p> <p>Se qualcuno nella tua domanda ha un indirizzo di casa o postale diverso, dovrà avere anche quello.</p>   | <input type="checkbox"/> |
| Informazioni su tutti coloro che richiedono la copertura  | La tua richiesta Marketplace richiederà informazioni di base su tutti coloro che richiedono la copertura, incluso il loro rapporto con te.   | <input type="checkbox"/> |
| Un numero di previdenza sociale (SSN) per ogni persona  | La tua richiesta Marketplace richiederà il SSN a 9 cifre di ogni persona, anche di coloro che non richiedono la copertura. Il Marketplace confermerà i SSN con la Previdenza Sociale dopo che l'utente ha dato l'autorizzazione all'inizio della richiesta. Se non inserisci un SSN, potrebbe essere necessario fornire ulteriori informazioni in un secondo momento.  | <input type="checkbox"/> |
| Informazioni sul professionista che ti aiuta a fare richiesta, se presente                      | Se un professionista ti sta aiutando con la tua richiesta, dovrà inserire i suoi riferimenti. Questi professionisti includono navigatori, consulenti certificati per le richieste, personale di assistenza di presenza, agenti e broker.   | <input type="checkbox"/> |
| Informazioni sul documento di immigrazione per ogni immigrato legalmente presente               | Se la tua richiesta include un immigrato legalmente presente che necessita di copertura, ti verrà chiesto di fornire informazioni dai suoi documenti di immigrazione.  | <input type="checkbox"/> |
| Informazioni su come presenterai la tua dichiarazione dei redditi                               | Se presenti le imposte federali sul reddito e sei sposato, il Marketplace deve sapere se la presenti separatamente o congiuntamente. Ti verrà anche chiesto chi dichiari come familiare a carico.  | <input type="checkbox"/> |
| Informazioni sul datore di lavoro e sul reddito per tutti i componenti del tuo nucleo familiare | <p>La tua richiesta Marketplace potrebbe richiedere informazioni sul reddito e sulle spese di tutti i componenti del tuo nucleo familiare, anche di coloro che non richiedono la copertura.</p> <p>Il Marketplace conta quanto segue come reddito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Salari e stipendi, come riportato sul modulo W-2 di ogni persona e sulle buste paga</li> <li>■ Suggerimenti</li> <li>■ Reddito netto da qualsiasi attività da lavoro autonomo o imprenditoriale</li> <li>■ Indennità di disoccupazione</li> <li>■ Indennità di Previdenza Sociale, compresi le indennità di invalidità (ma non il Reddito di Previdenza Supplementare (SSI))</li> <li>■ Assegni di mantenimento per divorzi e separazioni perfezionati prima del 1° gennaio 2019</li> <li>■ Reddito da pensione o pensionistico, inclusa la maggior parte dei prelievi IRA o 401k</li> <li>■ Redditi da investimenti, come dividendi o interessi</li> <li>■ Reddito da locazione</li> <li>■ Altri redditi imponibili</li> </ul> <p>Per ulteriori informazioni sul reddito o su quali fonti di reddito includere, visita <a href="https://www.HealthCare.gov/income-and-household-information/income">HealthCare.gov/income-and-household-information/income</a>.</p> | <input type="checkbox"/> |

| <b>Di cosa ho bisogno?</b>  | <b>Perché ne ho bisogno?</b>  | <b>È pronto?</b>         |
|---|---|--------------------------|
| La tua migliore stima del tuo reddito familiare   | <p>La tua richiesta Marketplace potrebbe chiederti di stimare il reddito familiare per l'anno in cui stai richiedendo la copertura.</p> <p>Se non sei sicuro, va bene fare la tua migliore stima. Se il tuo reddito cambia o è diverso da quello che hai stimato, dovrai aggiornare queste informazioni in un secondo momento. Per ulteriori informazioni, visita <a href="#">HealthCare.gov/reporting-changes/why-report-changes</a>.</p> <p>Per ottenere assistenza nel calcolo del reddito familiare, visita <a href="#">HealthCare.gov/income-calculator</a>.</p>   | <input type="checkbox"/> |
| Informazioni aggiornate sulla copertura sanitaria   | <p>La richiesta Marketplace chiederà se qualcuno nella tua famiglia ha attualmente una copertura sanitaria, tra cui Medicaid, il Children's Health Insurance Program (CHIP), Medicare, TRICARE, il programma di assistenza sanitaria VA, Peace Corps, COBRA, l'assicurazione per i pensionati o la copertura tramite assicurazione individuale (inclusa la copertura Marketplace) o un datore di lavoro.</p> <p>Se qualcuno ha una copertura ora, potrebbe essere necessario inserire i numeri di polizza. Puoi trovare queste informazioni sulla loro tessera assicurativa o sui documenti che ottengono dal loro piano.</p>   | <input type="checkbox"/> |
| Informazioni sul datore di lavoro   | <p>La tua richiesta al Marketplace richiederà informazioni su qualsiasi piano tramite il posto di lavoro per cui tu o un componente del tuo nucleo familiare siete idonei. Chiederà le informazioni di contatto del datore di lavoro per ogni componente della tuo nucleo familiare che ha un lavoro. Puoi utilizzare lo strumento di copertura del datore di lavoro presso <a href="#">HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf</a> per raccogliere queste informazioni. Compila questo modulo per ogni membro della famiglia che ha diritto alla copertura sanitaria tradizionale attraverso un lavoro, anche se non è iscritto al piano tramite il posto di lavoro o non richiede la copertura del Marketplace.</p> | <input type="checkbox"/> |
| Avviso di Accordo di Rimborso Sanitario (HRA) (se qualcuno riceve offerta per un HRA tramite il proprio datore di lavoro) | <p>Se qualcuno lavora per un'azienda che offre assistenza per il pagamento di un piano sanitario o delle spese sanitarie tramite un'HRA di copertura individuale o un'HRA qualificata per piccoli datori di lavoro, utilizza l'avviso del datore di lavoro per completare la tua richiesta di Marketplace. Visita <a href="#">HealthCare.gov/job-based-help</a> per saperne di più.</p>   | <input type="checkbox"/> |



## Proteggi le tue informazioni personali

Non condividere mai le tue informazioni con nessuno che offre denaro, regali o altri vantaggi. [HealthCare.gov](#) è il luogo ufficiale per ottenere un'assicurazione Marketplace a prezzi accessibili.

Fai richiesta online o contatta il Call Center del Marketplace al numero 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) per assistenza con la tua domanda, scelte e iscrizione.

Visita [HealthCare.gov/protect-from-fraud-and-scams](#) per ulteriori suggerimenti su come proteggerti dalle frodi e cosa fare se sospetti qualcosa di sospetto.

CMS Product No. 11896 • September 2025

Hai il diritto di ottenere le tue informazioni in un formato accessibile, come caratteri grandi, braille o audio.

Hai anche il diritto di presentare un reclamo se ritieni di essere stato discriminato.

Visita [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](#), o chiama 1-800-318-2596. Gli utenti TTY possono chiamare il numero 1-855-889-4325.

Questo prodotto è stato prodotto a spese dei contribuenti statunitensi.

Health Insurance Marketplace® è un marchio di servizio registrato degli Stati Uniti.

Dipartimento della Salute e dei Servizi Sociali



HealthCare.gov

CMS Product No. 11896 • September 2025

Questo prodotto è stato prodotto a spese dei contribuenti statunitensi.  
Health Insurance Marketplace® è un marchio di servizio registrato degli Stati Uniti d'America.  
Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani.



**HealthCare.gov**