

قائمة التحقق المرجعية الخاصة بي لتقديم طلبات التأمين الصحي في سوق التأمين الصحي

عند زيارتك الموقع الإلكتروني [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) للتقدم بطلب أو إعادة القيد للحصول على تغطية تأمين صحي من خلال [Health Insurance Marketplace®](https://www.healthcare.gov/health-insurance-marketplace)، سوف يتعين عليك تقديم المعلومات الخاصة بك وبأسرتك:

<input type="checkbox"/>	المعلومات عن حجم أسرتك. حدد من سيكون مشمولاً في طلبك من أفراد أسرتك قبل أن تبدأ في ملء طلبك. تفضل زيارة HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size للحصول على المساعدة فيما يتعلق بتحديد من يحتاج إلى تغطية التأمين الصحي.
<input type="checkbox"/>	عناوين المنزل و/أو البريد لجميع المتقدمين للحصول على تغطية التأمين الصحي.
<input type="checkbox"/>	المعلومات الخاصة بكل شخص يتقدم بطلب للحصول على التغطية، مثل رقم الضمان الاجتماعي وتاريخ الميلاد.
<input type="checkbox"/>	معلومات عن الموظف الذي يساعدك في التقدم، في حال كنت تحصل على مساعدة من أجل إكمال طلب التقدم الخاص بك. قد يكون هذا الشخص وكيلًا أو وسيطًا أو مساعدًا.
<input type="checkbox"/>	المعلومات الخاصة بكيفية التخطيط لتقديم الإقرار الضريبي الخاص بك في عام 2024.
<input type="checkbox"/>	معلومات عن جهة عمل كل فرد من أفراد أسرتك ومعلومات عن دخله (على سبيل المثال، من خلال إيصال مفردات المرتب أو نماذج بيان الأجر والضرريبة W-2s). تفضل زيارة HealthCare.gov/income-and-household-information/income لمعرفة أنواع الدخل التي يجب إدراجها والتي لا يجب إدراجها.
<input type="checkbox"/>	أفضل توقعاتك لدخل أسرتك في عام 2024. فضل زيارة HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report للحصول على المساعدة فيما يتعلق بتقدير دخلك.
<input type="checkbox"/>	أرقام وثائق التأمين لأي خطط رعاية صحية حالية يتم من خلالها توفير تغطية التأمين الصحي لأفراد أسرتك.
<input type="checkbox"/>	المعلومات حول أي خطة مستندة إلى الوظيفة تكون أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك مؤهلاً لها. يمكنك استخدام Employer Coverage Tool (أداة تغطية التأمين الصحي من خلال جهة العمل) للمساعدة في جمع هذه المعلومات. (سوف تحتاج إلى ملء هذا النموذج من أجل الحصول على تغطية التأمين الصحي التي تكون مؤهلاً لها ولكنك غير مشترك فيها). تفضل زيارة HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool pdf لتنزيل نموذج الأداة أو طباعته.
<input type="checkbox"/>	الإشعارات من خطتك الحالية التي تتضمن رقم هوية خطتك، إذا كان لديك أو سبق وكان لديك تغطية تأمين صحي من سوق التأمين الصحي لعام 2023.
<input type="checkbox"/>	توثيق المعلومات بالنسبة للمهاجرين القانونيين والمواطنين المتجنسين.

يحق لك الحصول على المعلومات الخاصة بالسوق بصيغة يسهل الوصول إليها مثل الطباعة بحروف كبيرة أو الطباعة بطريقة برايل أو الإثاحة في صيغة ملف صوتي. يحق لك أيضًا رفع شكوى إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز.

تفضل زيارة الموقع الإلكتروني [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice) ،

أو اتصل على 1-800-318-2596. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-855-889-4325.