

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

عندما تزور **HealthCare.gov** للتقدم بطلب للحصول على التغطية أو إعادة التسجيل فيها من خلال Health Insurance Marketplace®، ستحتاج إلى تقديم هذه المعلومات عنك وعن أسرتك:

معلومات حول حجم عائلتك. اكتشف من في أسرتك سيتقدم معاً قبل بدء طلبك. قم بزيارة HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size للمساعدة في معرفة ذلك من الذي يجب تضمينه في منزلك.	<input type="checkbox"/>
المنزل و / أو العناوين البريدية لكل من يتقدم بطلب للتغطية.	<input type="checkbox"/>
معلومات عن كل شخص يتقدم بطلب للحصول على التغطية، مثل أرقام الضمان الاجتماعي وتواريخ الميلاد.	<input type="checkbox"/>
معلومات حول الأخصائي الذي يساعدك في التقديم، إذا كنت تحصل على مساعدة في إكمال طلبك. يمكن أن يكون هذا وكيلًا أو وسيطًا أو مساعدًا.	<input type="checkbox"/>
معلومات حول كيفية التخطيط لتقديم ضرائبك في عام 2026.	<input type="checkbox"/>
معلومات صاحب العمل والدخل لكل فرد من أفراد أسرتك (مثل قسائم الراتب أو W-2s). قم بزيارة HealthCare.gov/income-and-household-information/income لمعرفة المزيد حول أنواع الدخل التي يجب تضمينها وعدم تضمينها.	<input type="checkbox"/>
أفضل تقدير لك لما سيكون عليه دخل أسرتك في عام 2026. قم بزيارة HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report للمساعدة في تقدير دخلك.	<input type="checkbox"/>
أرقام التأمين لأي خطط صحية حالية تغطي أفراد أسرتك.	<input type="checkbox"/>
معلومات حول أي خطة قائمة على الوظيفة أنت أو أحد أفراد أسرتك مؤهل لها. يمكنك استخدام أداة تغطية صاحب العمل للمساعدة في جمع هذه المعلومات. (ستحتاج إلى ملء ورقة العمل هذه حتى بالنسبة للتغطية التي تكون مؤهلاً لها ولكنك لا تسجل فيها). قم بزيارة HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf لتنزيل الأداة أو طباعتها.	<input type="checkbox"/>
إشعارات من خطتك الحالية تتضمن معرف خطتك، إذا كان لديك تغطية Marketplace لعام 2025 أو كانت لديك تغطية لها.	<input type="checkbox"/>
توثيق المعلومات للمهاجرين الشرعيين والمواطنين المتجنسين.	<input type="checkbox"/>

CMS Product No. 11686-ARB (Arabic) • 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 1-855-899-4325.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.

Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health and Human Services.