

Το Marketplace μου Λίστα ελέγχου Αίτησης

Όταν επισκέπτεστε το [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) για να υποβάλετε αίτηση ή να εγγραφείτε εκ νέου στην κάλυψη του Health Insurance Marketplace®, θα πρέπει να δώσετε αυτές τις πληροφορίες για εσάς και το νοικοκυριό σας:

<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες για το μέγεθος του νοικοκυριού σας. Μάθετε ποιος από το νοικοκυριό σας θα υποβάλει αίτηση μαζί σας πριν ξεκινήσετε την αίτησή σας. Επισκεφθείτε το HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size για να λάβετε βοήθεια να βρείτε ποιος χρειάζεται κάλυψη.
<input type="checkbox"/>	Οι διευθύνσεις σπιτιού και/ή ταχυδρομείου για τον καθένα που κάνει αίτηση κάλυψης.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες σχετικά με όλους όσους υποβάλλουν αίτηση για κάλυψη, όπως αριθμοί κοινωνικής ασφάλισης και ημερομηνίες γέννησης.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες για την επαγγελματική βοήθεια που αιτήστε, αν λαμβάνετε βοήθεια στη συμπλήρωση της αίτησής σας. Αυτός μπορεί να είναι αντιπρόσωπος, μεσίτης ή βοηθός.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες σχετικά με το πώς σκοπεύετε να υποβάλλετε τους φόρους σας το 2024.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες για τον εργοδότη και το εισόδημα για κάθε μέλος του νοικοκυριού σας (όπως από αμοιβές ή W-2s). Επισκεφθείτε το HealthCare.gov/income-and-household-information/income μάθετε περισσότερα σχετικά με τους τύπους εισοδήματος που πρέπει να συμπεριλάβετε και όχι.
<input type="checkbox"/>	Την καλύτερη εκτίμησή σας για το ποιο θα είναι το εισόδημα του νοικοκυριού το 2024. Επισκεφθείτε το HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report για βοήθεια στην εκτίμηση του εισοδήματός σας.
<input type="checkbox"/>	Οι αριθμοί συμβολαίων για τυχόν τρέχοντα συμβόλαια υγείας που καλύπτουν τα μέλη του νοικοκυριού σας.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες σχετικά με οποιοδήποτε πρόγραμμα που βασίζεται στην εργασία, για το οποίο εσείς ή κάποιος από το νοικοκυριό σας είναι επιλέξιμος. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το Employer Coverage Tool (Εργαλείο κάλυψης εργοδοτών) για να συλλέξετε αυτές τις πληροφορίες. (Θα πρέπει να συμπληρώσετε αυτό το φύλλο εργασίας ακόμη και για την κάλυψη για την οποία είστε επιλέξιμοι αλλά δεν έχετε εγγραφεί). Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf για να κατεβάσετε ή να εκτυπώσετε το εργαλείο.
<input type="checkbox"/>	Ειδοποιήσεις από το τρέχον πρόγραμμά σας που περιλαμβάνει την ταυτότητα του συμβολαίου σας, ή εάν έχετε ή είχατε κάλυψη Marketplace 2023.
<input type="checkbox"/>	Πληροφορίες εγγράφων για νόμιμους μετανάστες και πολιτογραφημένους πολίτες.

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](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice)

ή καλέστε στο 1-800-318-2596. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν 1-855-889-4325.

Health Insurance Marketplace

CMS Product No. 11686-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