

Il mio Elenco delle richieste Marketplace

Quando visiti [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) per fare domanda o iscriverti nuovamente a Health Insurance Marketplace® dovrai fornire queste informazioni su di te e sulla tua famiglia:

<input type="checkbox"/>	Informazioni sulle dimensioni della tua famiglia. Prima di iniziare a presentare la richiesta di ammissione, cerca di capire chi nella tua famiglia deve farlo. Per capire chi ha bisogno di copertura, visita HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size .
<input type="checkbox"/>	Indirizzi di residenza e/o postali per tutti coloro che richiedono la copertura.
<input type="checkbox"/>	Informazioni su tutti coloro che fanno domanda ottenere la copertura, come i numeri di previdenza sociale e le date di nascita.
<input type="checkbox"/>	Se stai ricevendo aiuto a completare la tua richiesta, informazioni sul professionista che ti sta aiutando. Potrebbe trattarsi di un agente, un mediatore o un assistente.
<input type="checkbox"/>	Informazioni su come intendi presentare le tasse nel 2024.
<input type="checkbox"/>	Informazioni sul datore di lavoro e sul reddito per ogni membro della tua famiglia (ad esempio, da buste paga o W-2s). Visita HealthCare.gov/income-and-household-information/income per saperne di più su quali tipi di reddito includere e non includere.
<input type="checkbox"/>	La tua migliore stima di quale sarà il tuo reddito familiare nel 2024. Visita HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report per un aiuto a stimare il tuo reddito.
<input type="checkbox"/>	Numeri di polizza per tutti i piani sanitari in corso che coprono i componenti del tuo nucleo familiare.
<input type="checkbox"/>	Informazioni su una copertura assicurativa fornita dal datore di lavoro a cui tu o qualcuno della tua famiglia ha diritto. Poi utilizzare lo Employer Coverage Tool (Strumento di copertura del datore di lavoro) per raccogliere queste informazioni. (Il foglio di lavoro deve essere compilato anche per le coperture per le quali si ha diritto ma alle quali non ci si iscrive). Visita HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf per scaricare o stampare lo strumento di copertura.
<input type="checkbox"/>	Se hai o hai avuto una copertura Marketplace per il 2023, gli avvisi dal tuo piano attuale che includono l'ID del piano.
<input type="checkbox"/>	Informazioni sui documenti per gli immigrati legali e i cittadini naturalizzati.

Sei intitolato a ricevere informazioni Marketplace in un formato accessibile, come in caratteri grandi, braille o audio.

Hai anche diritto a depositare un reclamo se pensi di essere stato vittima di una discriminazione.

Visita [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice) o chiama

il 1-800-318-2596. Gli utenti TTY possono chiamare 1-855-889-4325.

Health Insurance Marketplace

CMS Product No. 11686-I (Italian)
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