

Il mio elenco di controllo per la richiesta Marketplace

Quando visiti **HealthCare.gov** per richiedere o iscriverti nuovamente alla copertura tramite l'Health Insurance Marketplace®, dovrai fornire queste informazioni su di te e sul tuo nucleo familiare:

<input type="checkbox"/>	Informazioni sui componenti del tuo nucleo familiare. Scopri chi nel tuo nucleo familiare farà domanda congiunta prima di iniziare la tua richiesta. Visita HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size per aiutarti a capire chi includere nel tuo nucleo familiare.
<input type="checkbox"/>	Indirizzi di casa e/o postali per tutti coloro che richiedono la copertura.
<input type="checkbox"/>	Informazioni su tutti coloro che richiedono la copertura, come i numeri di previdenza sociale e le date di nascita.
<input type="checkbox"/>	Informazioni sul professionista che ti aiuta a fare richiesta, se stai ricevendo aiuto per completare la tua domanda. Potrebbe trattarsi di un agente, di un broker o di un assistente.
<input type="checkbox"/>	Informazioni su come prevedi di presentare la tua dichiarazione dei redditi nel 2026.
<input type="checkbox"/>	Informazioni sul datore di lavoro e sul reddito per ogni componente del tuo nucleo familiare (ad esempio dalle buste paga o dai W-2). 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 2026. Visita HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report per aiuto nella stima del tuo reddito.
<input type="checkbox"/>	Numeri di polizza per tutti i piani sanitari attuali che coprono i componenti del tuo nucleo familiare.
<input type="checkbox"/>	Informazioni su qualsiasi piano tramite il posto di lavoro per cui tu o un componente del tuo nucleo familiare siete idonei. Puoi utilizzare lo strumento di copertura del datore di lavoro per raccogliere queste informazioni. (Dovresti compilare questo modulo anche per la copertura per cui sei idoneo ma a cui non ti iscrivi.) Visita HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf per scaricare o stampare lo strumento.
<input type="checkbox"/>	Avvisi dal tuo piano attuale che includono l'identificativo del tuo piano, se hai o hai avuto una copertura del Marketplace per il 2025.
<input type="checkbox"/>	Informazioni sui documenti per gli immigrati legali e i cittadini naturalizzati.

CMS Product No. 11686-I (Italian) • 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](https://www.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.

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.



HealthCare.gov