

Moja lista kontrolna przy składaniu wniosku do

Odwiedzając stronę [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o ubiegając się lub ponownie rejestrując się w programie Health Insurance Marketplace®, musisz podać następujące informacje o sobie i swoim gospodarstwie domowym:

<input type="checkbox"/>	Informacje na temat wielkości Twojego gospodarstwa domowego. Przed złożeniem wniosku dowiedz się, kto w Twoim gospodarstwie domowym będzie to robić razem z Tobą. Odwiedź stronę HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size , aby dowiedzieć się, kto potrzebuje ubezpieczenia.
<input type="checkbox"/>	Adresy zamieszkania lub adresy korespondencyjne wszystkich osób składających wnioski o ubezpieczenie.
<input type="checkbox"/>	Informacje o wszystkich osobach ubiegających się o ubezpieczenie, takie jak numery ubezpieczenia społecznego i daty urodzenia.
<input type="checkbox"/>	Informacje o profesjonalnej pomocy w złożeniu wniosku, jeżeli korzystasz z pomocy przy wypełnieniu wniosku. Może to być agent, broker lub pomocnik.
<input type="checkbox"/>	Informacje o planowanym sposobie składania zeznań podatkowych w 2024 r.
<input type="checkbox"/>	Informacje o pracodawcy i dochodach każdego członka Twojego gospodarstwa domowego (np. z potwierdzeń wypłat lub formularzy W-2). Odwiedź stronę HealthCare.gov/income-and-household-information/income , aby dowiedzieć się więcej o tym, jakie rodzaje przychodów należy uwzględnić, a jakie nie.
<input type="checkbox"/>	Szacunkowy dochód Twojego gospodarstwa domowego w roku 2024. Odwiedź stronę HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report , aby uzyskać pomoc w sprawie oszacowania swojego dochodu.
<input type="checkbox"/>	Numery polis dla wszelkich aktualnych planów zdrowotnych członków Twojego gospodarstwa domowego.
<input type="checkbox"/>	Informacje dotyczące każdego związanego z pracą planu, do którego prawo masz Ty lub ktoś z Twojego gospodarstwa domowego. Możesz skorzystać z Employer Coverage Tool (Narzędzie ubezpieczenia pracownika), aby pomóc w zebraniu tych informacji. (Wypełnij ten formularz nawet w przypadku ubezpieczenia, do którego masz uprawnienia, ale do którego się nie zapisujesz.) Odwiedź stronę HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf , aby wyświetlić lub wydrukować to narzędzie.
<input type="checkbox"/>	Zawiadomienia z Twojego obecnego planu, które zawierają Twój identyfikator planu – w przypadku, jeśli w roku 2023 masz lub miałeś(-aś) ubezpieczenie z Marketplace.
<input type="checkbox"/>	Informacje o dokumentach dla legalnych imigrantów i naturalizowanych obywateli.

Masz prawo do uzyskania informacji o Marketplace w formacie z ułatwieniami dostępu, takim jak np. duża czcionka, pismo Braille'a lub nagranie dźwiękowe. Przysługuje Ci również prawo złożenia skargi, jeśli uważasz, że spotkała Cię dyskryminacja.

Wejdź na stronę [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice), lub zadzwoń pod numer 1-800-318-2596. Użytkownicy telefonów tekstowych TTY (osoby niedosłyszące) mogą dzwonić pod numer 1-855-889-4325.

Health Insurance Marketplace

CMS Product No. 11686-POL (Polish)
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