

Lista de verificação do meu aplicativo do Marketplace

Ao visitar **HealthCare.gov** para solicitar ou se inscrever novamente na cobertura por meio do Health Insurance Marketplace®, você precisará fornecer estas informações sobre si e sua família:

| | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Informações sobre o tamanho da sua família. Descubra quem em sua casa se inscreverá antes de iniciar sua inscrição. Visite HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size para obter ajuda para descobrir quem incluir em sua casa. |
| <input type="checkbox"/> | Endereços residenciais e/ou de correspondência para todos os que solicitarem cobertura. |
| <input type="checkbox"/> | Informações sobre todos que solicitarem cobertura, como números de previdência social e datas de nascimento. |
| <input type="checkbox"/> | Informações sobre o profissional que está ajudando você a se inscrever, se estiver recebendo ajuda para preencher sua inscrição. Pode ser um agente, corretor ou assistente. |
| <input type="checkbox"/> | Informações sobre como você planeja declarar seus impostos em 2026. |
| <input type="checkbox"/> | Informações do empregador e da renda de cada membro de sua família (como recibos de pagamento ou W-2s). Visite HealthCare.gov/income-and-household-information/income para saber mais sobre quais tipos de renda incluir e não incluir. |
| <input type="checkbox"/> | Sua melhor estimativa de qual será a renda familiar em 2026. Visite HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report para obter ajuda para estimar sua renda. |
| <input type="checkbox"/> | Números de apólice para quaisquer planos de saúde atuais que cubram membros de sua família. |
| <input type="checkbox"/> | Informações sobre qualquer plano baseado em trabalho para o qual você ou alguém em sua casa seja elegível. Você pode usar a Ferramenta de Cobertura do Empregador para ajudar a coletar essas informações. (Você vai querer preencher esta planilha mesmo para a cobertura para a qual você é elegível, mas não se inscreve.) Visite HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf para baixar ou imprimir a ferramenta. |
| <input type="checkbox"/> | Avisos do seu plano atual que incluem o ID do plano, se você tem ou teve cobertura do Marketplace de 2025. |
| <input type="checkbox"/> | Informações documentais para imigrantes legais e cidadãos naturalizados. |

CMS Product No. 11686-POR (Portugal) • September 2025

Você tem o direito de obter suas informações em um formato acessível, como letras grandes, braille ou áudio. Você também tem o direito de registrar uma reclamação se sentir que foi discriminado.

Visite [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), ou ligue para 1-800-318-2596. Os usuários do TTY podem ligar para 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