

Мой контрольный список по регистрации на Marketplace

При подаче заявки на план Health Insurance Marketplace® или при перерегистрации через сайт [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) вам необходимо предоставить следующие сведения о себе и своей семье:

<input type="checkbox"/>	Информация о составе вашей семьи. Выясните, кто в вашей семье выступит заявителем до того, как вы подадите заявление. Посетите страницу HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size , чтобы определить, кому нужна страховка.
<input type="checkbox"/>	Домашний и/или почтовый адрес для всех, кто подает заявку на страхование.
<input type="checkbox"/>	Информация о каждом человеке, который подает заявку на страховку, такая как номер социального страхования и дата рождения.
<input type="checkbox"/>	Информация о лице, которое помогает вам подать заявление, если заявление заполняли не вы. Это может быть агент, брокер или ассистент.
<input type="checkbox"/>	Информация о том, как вы планируете подавать свою налоговую декларацию в 2024 году.
<input type="checkbox"/>	Информация о работодателе и доходах для каждого члена семьи (например, из расчетных листков или форм W-2). Посетите страницу HealthCare.gov/income-and-household-information/income , чтобы узнать больше о видах дохода, который нужно и не нужно включать.
<input type="checkbox"/>	Прогнозируемый доход вашей семьи в 2024 г. Посетите страницу HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report , чтобы понять, как рассчитать доход.
<input type="checkbox"/>	Номера полисов текущих страховых планов для всех членов семьи.
<input type="checkbox"/>	Информация о любом плане страхования через работодателя, на который вы или кто-либо из членов вашей семьи имеете право. Вы можете воспользоваться Employer Coverage Tool (Инструментом страхования через работодателя), чтобы собрать эту информацию. (Вам необходимо будет заполнить эту форму даже на страховку, на которую вы имеете право, но не оформляете). Посетите HealthCare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf , чтобы загрузить или распечатать инструмент.
<input type="checkbox"/>	Уведомления от текущего плана с идентификационным номером плана, если у вас есть или было покрытие на 2023 год через Marketplace.
<input type="checkbox"/>	Документирование информации для легальных иммигрантов и натурализованных граждан.

Вы имеете право получить информацию Marketplace в доступном формате, например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудиоформате. Вы также имеете право подать жалобу, если Вы чувствуете, что Вы подверглись дискриминации.

Посетите [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice) или позвоните по телефону 1-800-318-2596. Пользователи с нарушением функции слуха могут звонить по телефону 1-855-889-4325.

Health Insurance Marketplace

CMS Product No. 11686-R (Russian)
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