

Мой контрольный список по регистрации на Marketplace

Когда вы посещаете **HealthCare.gov** для оформления или продления страховки через **Health Insurance Marketplace®**, вам потребуется предоставить следующую информацию о себе и членах вашей семьи:

<input type="checkbox"/>	Информация о составе вашей семьи. Выясните, кто в вашей семье выступит заявителем до того, как вы подадите заявление. Посетите HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size для получения помощи, чтобы выяснить, кого включить в свою семью.
<input type="checkbox"/>	Домашний и/или почтовый адрес для всех, кто подает заявку на страхование.
<input type="checkbox"/>	Информация обо всех лицах, кто подает заявку на страховое покрытие, например номера социального страхования и даты рождения.
<input type="checkbox"/>	Информация о лице, которое помогает вам подать заявление, если заявление заполняли не вы. Это может быть агент, брокер или помощник.
<input type="checkbox"/>	Информация о том, как вы планируете подавать ваши налоговые декларации в 2026 г.
<input type="checkbox"/>	Информация о работодателе и доходах для каждого члена семьи (например, из платежных квитанций или форм W-2s). Посетите HealthCare.gov/income-and-household-information/income , чтобы подробнее узнать о том, какие виды дохода включать, а какие нет.
<input type="checkbox"/>	Прогнозируемый доход вашей семьи в 2026 г. Посетите HealthCare.gov/income-and-household-information/how-to-report для получения помощи в оценке вашего дохода.
<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 Инструментом страхования через работодателя, чтобы собрать эту информацию. (Вам нужно будет заполнить этот бланк даже для страхового покрытия, на которое вы имеете право, но которое вы 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 2025 год через Рынок медицинского страхования.
<input type="checkbox"/>	Документирование информации для легальных иммигрантов и натурализованных граждан.

CMS Product No. 11686-R (Russian) • September 2025

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

Посетите [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), или позвоните по номеру 1-800-318-2596. Пользователи ТTY могут позвонить по номеру 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