



Health Insurance Marketplace

Դիմում առողջապահական ապահովագրության և օգնություն ծախսերի վճարման համար

➔ Դիմեք ավելի արագ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կայքում



Օգտագործեք այս հավելվածը՝ պարզելու համար, թե ինչ ապահովագրական ծածկույթի եք համապատասխանում

- Marketplace-ի ապահովագրական ծրագրեր, որոնք առաջարկում են համապարփակ ծածկույթ՝ օգնելու Ձեզ առողջ մնալ:
- Չարկային սուբսիդիա, որը կարող է անմիջապես օգնել նվազեցնել առողջության ապահովագրության Ձեր ապահովագրավճարները:
- Անվճար կամ էժան ապահովագրական ծածկույթ Medicaid-ի կամ Երեխաների առողջության ապահովագրության ծրագրի (CHIP) միջոցով: **Եկամտի որոշակի մակարդակներ ունեցողները կարող են դիտարկվել անվճար կամ էժան ծրագրերի համար:**



Ո՞վ կարող է օգտագործել այս հայտադիմումը:

- Օգտագործեք այս հայտադիմումը՝ Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկի համար դիմելու համար:
- **Դիմեք, նույնիսկ եթե Դուք, Ձեր ամուսինը կամ Ձեր երեխան արդեն առողջապահական ապահովագրություն ունեք:** Դուք կարող եք իրավասու լինել անվճար կամ ավելի ցածր գնով ապահովագրական ծածկույթի համար:
- Եթե միայնակ եք, կարող եք օգտագործել կարճ ձևաթուղթ: Այցելեք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov):
- Այն տնային տնտեսությունները, որոնք ներառում են իրավասու ներգաղթյալներ, կարող են դիմել: Դուք կարող եք դիմել Ձեր երեխայի համար, նույնիսկ եթե Դուք իրավասու չեք ապահովագրության համար: Դիմելը չի ազդի Ձեր՝ ներգաղթյալին կարգավիճակի կամ մշտական բնակության իրավունք ունեցող անձ կամ քաղաքացի դառնալու հնարավորությունների վրա:
- Եթե ինչ-որ մեկն օգնում է Ձեզ լրացնել այս հայտադիմումը, ապա հարկավոր է, որ Դուք լրացնեք Չավելված C-ն:



Այն, ինչ Ձեզ կարող է անհրաժեշտ լինել դիմելու համար

- Սոցիալական ապահովության համարներ (SSNs) (կամ փաստաթղթերի համարներ ցանկացած իրավասու ներգաղթյալների համար, ովքեր ապահովագրության կարիք ունեն):
- Գործատուի և եկամտի մասին տեղեկություններ Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների համար (օրինակ՝ աշխատավարձի մուտքերի մասին տեղեկագրերից, W-2 ձևերից կամ աշխատավարձի և հարկային դեկլարացիաներից):
- Ապահովագրական պայմանագրի համարները ցանկացած ընթացիկ առողջության ապահովագրության համար:
- Տեղեկություններ Ձեր ընտանիքի համար հասանելի ցանկացած աշխատանքային առողջության ապահովագրության մասին:



Ինչու՞ ենք մենք հարցնում այս տեղեկատվությունը:

Մենք հարցնում ենք եկամտի և այլ տեղեկությունների մասին, որպեսզի Ձեզ տեղեկացնենք, թե ինչ ապահովագրության համար եք համապատասխանում, և արդյոք կարող եք որևէ օգնություն ստանալ դրա համար վճարելու համար: **Մենք զաղտնի և ապահով կպահենք Ձեր տրամադրած բոլոր տեղեկությունները, ինչպես պահանջվում է օրենքով:** Գաղտնիության մասին օրենքի դրույթի (Privacy Act Statement) համար այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ ստուգե՛ք իրահանգները:



Ինչ է տեղի ունենում հաջորդիվ:

Պահելու համար պատճենեք, այնուհետև ուղարկեք Ձեր ամբողջական, ստորագրված հայտադիմումը էջ 8-ի հասցեին: **Եթե Դուք չունեք մեր պահանջած ողջ տեղեկատվությունը, ամեն դեպքում ստորագրեք և ներկայացրեք Ձեր հայտադիմումը:** Մենք Ձեզ հետ կապի դուրս կգանք 1-2 շաբաթվա ընթացքում, և հնարավոր է, որ Դուք Marketplace-ից զանգ ստանաք, եթե մենք լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունենանք: Ձեր հայտադիմումը մշակելուց հետո փոստով կստանաք իրավասության ծանուցում: Եթե մեզնից լուր չստանաք, դիմեք Marketplace-ի զանգերի կենտրոնին: Այս հայտադիմումը լրացնելը չի նշանակում, որ Դուք ստիպված եք գնեք առողջապահական ծածկույթ:



Ստացեք այս հայտադիմումի հետ կապված օգնություն

- **Առցանց.** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կայքում.
- **Չեռախոսով.** Չանգահարեք Marketplace-ի զանգերի կենտրոն **1-800-318-2596** հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող են զանգահարել **1-855-889-4325** հեռախոսահամարով:
- **Անձամբ.** Ձեր տարածքում կարող են լինել օգնականներ, ովքեր կարող են օգնել: Այցելեք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարեք Marketplace-ի զանգերի կենտրոն **1-800-318-2596** հոռախոսահամարով լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
- **Այլ լեզուներ.** Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-318-2596** և ասեք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք:

Դուք իրավունք ունեք ստանալ Ձեր տեղեկատվությունը մատչելի ձևաչափով, օրինակ՝ խոշոր տպագիր տառաչափով, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո տարբերակով: Դուք նաև իրավունք ունեք բոլոր ներկայացնելու, եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել: Այցելեք [CMS.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/](https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/) **CMSNondiscriminationNotice** կամ զանգահարեք **1-800-318-2596**: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել **1-855-889-4325** հեռախոսահամարով:

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



Տպեք մեծատառերով միայն սև կամ մուգ կապույտ թանաթով:

Շրջանակները լրացրեք (○) հետևյալ կերպ → ●:

Քայլ 1. Պատմեք մեզ Ձեր մասին:

(Մեզ անհրաժեշտ է ընտանիքում 1 չափահաս, որպեսզի նա լինի Ձեր հայտադիմումի կոնտակտային անձը:)

1. Անուն		Միջնանուն		Ազգանուն		Ազգանվանը տրվող վերջավորություն	
2. Տան հասցեն (եթե չունեք, դատարկ թողեք:)						3. Տան հասցե 2	
4. Զարգ		5. Նահանգ		6. Փոստային ինդեքս		7. Շրջան	
8. Փոստային հասցե (եթե տարբերվում է տան հասցեից)						9. Փոստային հասցե 2	
10. Զարգ		11. Նահանգ		12. Փոստային ինդեքս		13. Շրջան	
14. Հեռախոսահամար				15. Երկրորդ հեռախոսահամար			
16. Ցանկանում եք տեղեկություններ ստանալ այս հայտադիմումի մասին էլ. փոստով:..... <input type="radio"/> Այո <input type="radio"/> Ոչ							
Էլ փոստ							
17. Նախընտրելի լեզու		Գրավոր		Խոսակցական			

Քայլ 2. Պատմեք մեզ Ձեր ընտանիքի մասին:

Ո՞րն պետք է ներառեք այս հայտադիմումում:

Լրացրեք Քայլ 2-ի էջերը Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անձի համար, նույնիսկ եթե անձն արդեն ունի առողջապահական ապահովագրություն: Այս հայտադիմումի տեղեկատվությունը մեզ օգնում է համոզվել, որ բոլորը ստանում են իրենց համար հնարավոր լավագույն ապահովագրական ծածկույթը: Օգնության չափը կամ ծրագրի տեսակը, որին Դուք համապատասխանում եք, հիմնված է Ձեր ընտանիքի մարդկանց թվի և Ձեր ընտանիքի եկամուտների վրա: Եթե որևէ մեկին չներառեք, նույնիսկ եթե նա արդեն ունի առողջապահական ապահովագրություն, Ձեր իրավասության արդյունքները կարող են տուժել:

Ապահովագրական ծածկույթի կարիք ունեցող մեծահասակների համար

Ներառեք այս մարդկանց, **նույնիսկ եթե նրանք ինքները չեն դիմում առողջության ապահովագրության համար:**

- Ամուսին.
- 21 տարեկանից ցածր ցանկացած երեխա, որի հետ նրանք ապրում են՝ ներառյալ խորթ երեխաները:
- Ցանկացած այլ անձ, որը նույն դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում է (ներառյալ 21 տարեկանից բարձր ցանկացած երեխա, որը հաշվառվում է ծնողի հարկային հայտարարագրում): Առողջապահական ապահովագրություն ստանալու համար հարկեր պետք չէ ներկայացնել:

21 տարեկանից փոքր երեխաների համար, ովքեր ապահովագրության կարիք ունեն

Ներառեք այս մարդկանց, **նույնիսկ եթե նրանք ինքները չեն դիմում առողջության ապահովագրության համար:**

- Ծնող (կամ խորթ ծնող), ում հետ նրանք ապրում են:
- Եղբայր կամ քույր, ում հետ նրանք ապրում են:
- Երեխա, ում հետ նրանք ապրում են՝ ներառյալ խորթ երեխաները:
- Ամուսին, ում հետ նրանք ապրում են:
- Ցանկացած այլ անձ, որը նույն դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում է: Առողջապահական ապահովագրություն ստանալու համար հարկեր պետք չէ ներկայացնել:

Լրացրեք Քայլ 2-ը Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անձի համար:

Սկսեք ինքներդ Ձեզնից, ապա ավելացրեք այլ մեծահասակներին և երեխաներին: Եթե Ձեր ընտանիքում 2-ից ավելի մարդ կա, Դուք պետք է պատճենեք էջերը և կցեք դրանք:

Դուք կարիք չունեք ներգաղթյալ կարգավիճակ կամ SSNs տրամադրել ընտանիքի այլ անդամների համար, ովքեր առողջապահական ապահովագրության կարիք չունեն: Մենք գաղտնի և ապահով կպահենք Ձեր տրամադրած բոլոր տեղեկությունները, ինչպես պահանջվում է օրենքով: Մենք կօգտագործենք անձնական տվյալները միայն ստուգելու համար, արդյոք Դուք իրավասու եք առողջապահական ապահովագրություն ստանալու համար:

? **ՀԱՅՏԱԴԻՄՈՒՄԻ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱՏ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԵՔ:** Կցե՛ք HealthCare.gov կամ զանգահարե՛ք մեզ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք 1-800-318-2596 և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:



Քայլ 2. ԱՆՁ 1 (Սկսեք ինքներդ Ձեզնից)

Լրացրեք Քայլ 2-ը Ձեր, Ձեր կողակցի/զուգընկերոջ և Ձեզ հետ ապրող, Ձեր ինսամբի տակ գտնվող անձանց և/կամ Ձեր նույն դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում ընդգրկված որևէ մեկի համար, եթե այն ներկայացնում եք: Չկա եթե 1՝ ում ներառելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Եթե հարկային հայտարարագիր չեք ներկայացնում, հիշեք, որ այնուամենայնիվ պետք է ավելացնեք Ձեր ընտանիքի մարդկանց:

1. Անուն Միջնանուն Ազգանուն Ազգանվանը տրվող վերջավորություն

2. Հարաբերություններ ԱՆՁի 1-ի հետ: **Ես ինքս** 3. Դուք ամուսնացած եք: Այո Ոչ 4. Ծննդյան ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի) 5. Սեռ Իգական Արական

6. Սոցիալական ապահովության համար (SSN)

★ Մեզ պետք է SSN-ը, եթե Դուք առողջապահական ապահովագրություն եք ուզում և ունեք SSN կամ կարող եք ստանալ այն: Մենք օգտագործում ենք SSN-ները՝ ստուգելու եկամուտը և այլ տեղեկություններ, որպեսզի պարզենք, թե ով է իրավասու առողջության ապահովագրության համար վճարելու օգնության համար: SSN-ի վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկատվություն ստանալու համար այցելեք SSA.gov կամ զանգահարեք Սոցիալական ապահովություն (Social Security)՝ 1-800-772-1213 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:

7. **Նախատեսված եք դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր ներկայացնել ՉԱՅՈՐԴ ՏԱՐԻ:** Դուք այնուամենայնիվ կարող եք դիմել ապահովագրության համար, նույնիսկ եթե դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր չեք ներկայացնում:

ԱՅՈ: Եթե այո, պատասխանեք ա-ից գ կետերին ՈՉ: Եթե ոչ, անցեք գ կետին

a. Դուք կողակցի հետ միասին եք հայտարարագիր ներկայացնելու: Այո Ոչ
Եթե այո, գրեք կողակցի անունը՝

b. Դուք նշելով եք որևէ ինսամբի տակ գտնվող անձի Ձեր հարկային հայտարարագրում: Այո Ոչ
Եթե այո, 830> նշեք ինսամբի տակ գտնվող անձի/ անձանց անուն(ներ)ը՝

c. Ձեզ նշելով են որևէ մեկի հարկային հայտարարագրում՝ որպես ինսամբի տակ գտնվող անձ: Այո Ոչ
Եթե այո, նշեք հայտարարագիր ներկայացնողի անունը՝ Ո՞րն է Ձեր կապը հայտարարագիր լրացնողի հետ:

8. Դուք հղի եք: Այո Ոչ a. **Եթե այո**, քանի՞ երեխա է ակնկալվում ծնվել այս հղիության արդյունքում:

9. **Ձեզ պետք է առողջության ապահովագրություն:** Անգամ եթե ունեք ապահովագրական ծածկույթ, կարող է ավելի լավ ծածկույթով կամ ավելի ցածր ծախսերով ծրագիր լինել:

ԱՅՈ: Եթե այո, պատասխանեք ներքոնշյալ բոլոր հարցերին: ՈՉ: Եթե ոչ, անցեք էջ 3-ի եկամտի վերաբերյալ հարցերին: Այս էջի մասցած մասը դատարկ թողեք:

10. Ունե՞ք ֆիզիկական, մտավոր կամ հոգեկան հիվանդություն, որն առաջացնում է գործունեության սահմանափակումներ (օրինակ՝ լողանալը, հազվելը, ամենօրյա գործերը և այլն), առողջապահական հատուկ կարիք, կամ ապրում եք բժշկական հաստատությունում կամ ծերանոցում: Այո Ոչ

11. Դուք **ԱՄՆ քաղաքացի եք** կամ **ԱՄՆ քաղաքացի՞ ըստ ծագման:** Այո Ոչ

12. Դուք **քաղաքացիություն ստացած քաղաքացի եք** կամ **քաղաքացիություն ստացած՝ ըստ ծագման** : (Սա սովորաբար նշանակում է, որ Դուք ծնվել եք ԱՄՆ-ից դուրս):

ԱՅՈ: Եթե այո, լրացրեք a և b կետերը: ՈՉ: Եթե ոչ, չարունակեք հարց 13-ից:

a. Ներգաղթային համար b. Հավաստագրի համար Ա և բ կետերը լրացնելու հետո անցեք հարց 14-ին:

13. **Եթե Դուք ԱՄՆ քաղաքացի չեք կամ քաղաքացի՝ ըստ ծագման**, ունե՞ք իրավասու ներգաղթային կարգավիճակ: ԱՅՈ: Մուտքագրեք փաստաթղթի տեսակը և ID համարը: Անցեք իրահանգներին:

Ներգաղթային փաստաթղթի տեսակ Կարգավիճակի տեսակ (կամընտիր) Գրեք Ձեր անուն այնպես, ինչպես նշված է Ձեր ներգաղթային փաստաթղթում:

Օտարերկա քաղաքացու կամ I-94 համար Զարտի համարը կամ անձնագրի համարը

SEVIS ID կամ գործողության ժամկետ (կամընտիր) Այլ (կատեգորիայի ծածկագիր կամ թողարկման երկիր)

a. Դուք ապրելիմ եք ԱՄՆ-ում 1996 թվականից: Այո Ոչ
b. Դուք կամ Ձեր կողակցից կամ ծնողը, ԱՄՆ ռազմական ուժերի վետերան եք կամ գործող անդամ : Այո Ոչ

14. Ցանկանո՞ւմ եք օգնություն վերջին 3 ամիսների բժշկական վճարների համար: Այո Ոչ

15. Դուք ապրում եք միևնույն 19 տարեկան առնվազն մեկ երեխայի հետ և արդյո՞ք այս երեխայի հիմնական ինսամբը եք: (Լրացրեք «այո», եթե Դուք կամ Ձեր կողակցից ինսամբ է այս երեխային): Այո Ոչ

Թվարկեք Ձեզ հետ Ձեր ընտանիքում ապրող 19 տարեկանից ցածր երեխաների անուններն ու կապը Ձեզ հետ:

16. Դուք առկա համակարգի ուսանող եք: Այո Ոչ 17. Դուք ինսամատրության մեջ էիք 18 տարեկանում կամ ավելի բարձր տարիքում: Այո Ոչ

չարունակությունը հաջորդ էջում



Կամընտիր. (Այս տեղեկատվության տրամադրումը չի ազդի իրավասության, պլանի ընտրանքների կամ ծախսերի վրա:)

Լրացրեք այն ամենը, ինչ վերաբերում է Ձեզ:

19. Ուսաս՝

Սպիտակամորթ Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի Հնդկացի կամ այլասլայի բնիկ Ֆիլիպինցի Ճապոնացի Կորեացի Հնդիկ Չինացի

Կիտանամցի Այլասիացի Հավայական կղզիների բնիկ Գուամացի կամ չամորոցի Սամուացի Այլխաղաղովկիանոսյան կղզու բնակիչ Այլ

Ընտրեք մեկ պատասխան:

20. Ծննդյան ժամանակ Նշված սեռը (կարելի է գտնել Ձեր ծննդյան վկայականում)

Իգական Արական Այլ Չգիտեմ Նախընտրում եմ չպատասխանել

21. Ներկայիս սեռը

Իգական Արական Տրանսգենդեր կին Տրանսգենդեր տղամարդ Այլ տերմին՝ Չգիտեմ Նախընտրում եմ չպատասխանել

22. Սեռական կողմնորոշում

Բիսեքսուալ Լեսբի կամ գեյ Հետերոսեքսուալ (ոչ լեսբոսի կամ գեյ) Այլ տերմին՝ Չգիտեմ Նախընտրում եմ չպատասխանել

Քայլ 2. ԱՆՁ 1 (Շարունակեք Ձեզ մասին)

Տեղեկատվություն ներկայիս աշխատանքի և եկամտի վերաբերյալ

Աշխատում եմ. Եթե ներկայումս աշխատում եք, պատմեք մեզ **Չեմ աշխատում.** **Ինքնազբաղ.**

Ձեր եկամտի մասին: Սկսեք կետ 20-ից: Անցեք կետ 30-ին: Անցեք կետ 29-ին:

Ներկայիս աշխատանք 1.

20. Գործատուի անուն

a. Գործատուի հասցե (կամընտիր)

b. Քաղաք c. Նահանգ d. Փոստային ինդեքս 21. Գործատուի հեռախոսահամար

22. Աշխատավարձ/թեյալճար (Նախքան հարկումը) 1 ժամվա դիմաց Շաբաթական Յուրաքանչյուր 2 շաբաթը մեկ

Դուլար Ամիսը երկու անգամ Անսական Տարեկան

23. ԾԱԲԱԹԱԿԱՆ աշխատած միջին ժամերի քանակը

Ներկայիս աշխատանք 2. (Եթե ունեք լրացուցիչ աշխատանքներ և ավելի շատ տարածքի կարիք ունեք, կցեք մեկ այլ թերթիկ:)

24. Գործատուի անուն

a. Գործատուի հասցե (կամընտիր)

b. Քաղաք c. Նահանգ d. Փոստային ինդեքս 25. Գործատուի հեռախոսահամար

26. Աշխատավարձ/թեյալճար (Նախքան հարկումը) 1 ժամվա դիմաց Շաբաթական Յուրաքանչյուր 2 շաբաթը մեկ

\$ Ամիսը երկու անգամ Անսական Տարեկան

27. ԾԱԲԱԹԱԿԱՆ աշխատած միջին ժամերի քանակը

28. **Նախորդ նարվա ընթացքում Դուք.** Աշխատանք եք փոխել Դադարել եք աշխատել Սկսել եք ավելի քիչ ժամաբանակով աշխատել Սրանից ոչ մեկը

29. **Եթե ինքնազբաղ եք, պատասխանեք ա և բ կետերին:**

a. Աշխատանքի տեսակ

b. Որքան մաքուր եկամուտ (շահույթ բիզնեսի ծախսերը վճարելուց հետո) կստանաք այս ինքնազբաղվածությունից այս ամիս: Անցեք հրահանգներին: \$

շարունակությունը հաջորդ էջում



30. **Այլ եկամուտներ, որոնք Դուք ստանալու եք այս ամիս.** Լրացրե՛ք այն ամենը, ինչ վերաբերում է Ձեզ, և նշե՛ք գումարն ու թե՛ որքան հաճախ եք այն ստանում: Լրացրե՛ք այստեղ, եթե չկա: **Նշում.** Դուք կարիք չունե՛ք մեզ տեղեկացնելու այիմենտի, վետերանների վճարումների կամ լրացուցիչ ապահովության եկամտի (SSI) մասին:

<input type="radio"/> Գործազրկություն \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]	<input type="radio"/> Ստացված այիմենտ (Նշում. Միայն մինչև 1/1/2019-ն ավարտված ամուսնալուծությունների դեպքում) \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]
<input type="radio"/> Կենսաթոշակ \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]	<input type="radio"/> Չուտ եկամուտ հողագործությունից/ձկնորսությունից \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]
<input type="radio"/> Սոցիալական ապահովություն \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]	<input type="radio"/> Չուտ եկամուտ վարձույթից/ հոնորարից \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]
<input type="radio"/> Կենսաթոշակային հաշիվներ \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]	<input type="radio"/> Այլ եկամուտ, տեսակ. _____ \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]

31. **Չարկերի նվազեցում.** Լրացրե՛ք այն ամենը, ինչ վերաբերում է Ձեզ, և նշե՛ք գումարն ու թե՛ որքան հաճախ եք վճարում այն: Եթե Դուք վճարում եք որոշ բաների համար, որոնք կարող են հանվել դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում, ապա դրանց մասին մեզ պատմելը կարող է մի փոքր նվազեցնել առողջության ապահովագրության արժեքը:

Մի ներառե՛ք երեխայի այիմենտը, որը Դուք վճարում եք, կամ ծախսերը, որոնք արդեն հաշվի են առնվել զուտ ինքնազբաղվածության Ձեր պատասխանում (հարց 29b):

<input type="radio"/> Վճարված այիմենտ (Նշում. Միայն մինչև 1/1/2019-ն ավարտված ամուսնալուծությունների դեպքում) \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]	<input type="radio"/> Այլ նվազեցում, տեսակ. _____ \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]
<input type="radio"/> Ուսանողական վարկի տոկոսներ \$ [redacted] Որքան հաճախ: [redacted]	

32. **Լրացրե՛ք այս հարցը, եթե Ձեր եկամուտը փոխվում է տարվա ընթացքում,** օրինակ, եթե աշխատանքի եք միայն տարվա մի մասը կամ որոշակի ամիսների համար եք նպաստ ստանում: Եթե չեք անկալում փոփոխություններ Ձեր ամսական եկամտում, անցե՛ք հաջորդ անձին: ➡

Ձեր ընդհանուր եկամուտը այս տարի \$ [redacted]	Ձեր ընդհանուր եկամուտը հաջորդ տարի (եթե կարծում եք, որ այլ է լինելու) \$ [redacted]	<input type="radio"/> Լրացրե՛ք, եթե կարծում եք, որ եկամուտը դժվար կլինի կանխատեսել:
--	--	---

Շնորհակալություն: Սա այն ամենն է, ինչ մենք պետք է իմանանք Ձեր մասին:



32. Այլ եկամուտներ, որոնք ԱՆՁ 2-ը ստանալու է այս ամիս. Լրացրե՛ք այն ամենը, ինչ վերաբերում է ԱՆՁ 2-ին, և նշե՛ք գումարն ու թե որքան հաճախ է այն ստանում: Լրացրե՛ք այստեղ, եթե չկա: Նշում. Դուք կարիք չունեք մեզ տեղեկացնելու ԱՆՁ 2-ի այիմենտի, վետերանների վճարումների կամ լրացուցիչ ապահովության եկամտի (SSI) մասին:

<input type="radio"/> Գործազրկություն \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>	<input type="radio"/> Ստացված այիմենտ (Նշում. Միայն մինչև 1/1/2019-ն ավարտված ամուսնալուծությունների դեպքում) \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>
<input type="radio"/> Կենսաթոշակ \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>	<input type="radio"/> Չուտ եկամուտ հողագործությունից/ձկնորսությունից \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>
<input type="radio"/> Սոցիալական ապահովություն \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>	<input type="radio"/> Չուտ եկամուտ վարձույթից/ հոնորարից \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>
<input type="radio"/> Կենսաթոշակային հաշիվներ \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>	<input type="radio"/> Այլ եկամուտ, տեսակ. _____ \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>

33. Գարկերի նվազեցում: Լրացրե՛ք այն ամենը, ինչ վերաբերում է ԱՆՁ 2-ին, և նշե՛ք գումարն ու թե որքան հաճախ է այն ստանում: Եթե ԱՆՁ 2-ը վճարում է որոշ բաների համար, որոնք կարող են հանվել դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում, ապա դրանց մասին մեզ պատմելը կարող է մի փոքր նվազեցնել առողջության ապահովագրության արժեքը:

Մի ներառե՛ք երեխայի այիմենտը, որն ԱՆՁ 2-ը վճարում է, կամ ծախսերը, որոնք արդեն հաշվի են առնվել զուտ ինքնազբաղվածության պատասխանում (հարց 31b):

<input type="radio"/> Կվարված այիմենտ (Նշում՝ Միայն մինչև 1/1/2019-ն ավարտված ամուսնալուծությունների դեպքում): \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>	<input type="radio"/> Այլ նվազեցում, տեսակ. _____ \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>
<input type="radio"/> Ուսանողական վարկի տոկոսներ \$ <input type="text"/> Որքան հաճախ: <input type="text"/>	

34. Լրացրե՛ք այս հարցը, եթե ԱՆՁ 2-ի եկամուտը փոխվում է տարվա ընթացքում, օրինակ, եթե աշխատանքի է միայն տարվա մի մասը կամ որոշակի ամիսների համար է նպաստ ստանում: Եթե ԱՆՁ 2-ը չի ակնկալում փոփոխություններ իր ամսական եկամտում, անցե՛ք հաջորդ անձին: ➡

ԱՆՁ 2-ի ընդհանուր եկամուտը այս տարի \$ <input type="text"/>	ԱՆՁ 2-ի ընդհանուր եկամուտը հաջորդ տարի <input type="radio"/> Լրացրե՛ք, եթե նա կարծում է, որ եկամուտը դժվար կլինի կանխատեսել.
--	---

Շնորհակալություն: Սա այն ամենն է, ինչ մենք պետք է իմանանք ԱՆՁ 2-ի մասին:



Քայլ 3. Զնդկացի կամ Այլասկայի բնիկ (AI/AN) ընտանիքի անդամ(ներ)

1. Դուք կամ Ձեր ընտանիքից որևէ մեկը հնդկացի կամ Այլասկայի բնիկ է:

- ՈՉ Եթե ոչ, շարունակե՛ք Քայլ 4-ից
- ԱՅՈ: Եթե այո, շարունակե՛ք Քայլ 4-ից, նաև լրացրե՛ք Զավելված B-ն և Ներառե՛ք հայտարհմումի հետ:

Քայլ 4. Ձեր ընտանիքի առողջության ապահովագրությունը

1. Արդյո՞ք այս հայտարհմումում նշված որևէ անձ իրավասու չէ գտնվել Medicaid-ի կամ Երեխաների առողջության ապահովագրության ծրագրի (CHIP) համար անցած 90 օրում: (Ընտրե՛ք «այո» միայն այն դեպքում, եթե որևէ մեկն իրավասու չէ գտնվել այս ապահովագրական ծածկույթի համար Ձեր նահանգում, այլ ոչ թե Marketplace-ի կողմից:)

Այո Ոչ

Ո՞ր: _____ Ամսաթիվ՝ _____

Կամ արդյո՞ք այս հայտարհմումում նշված որևէ մեկը իրավասու չէ գտնվել Medicaid-ի կամ CHIP-ի համար վերջին 5 տարում իր ներգաղթային կարգավիճակի պատճառով:..... Այո Ոչ

Արդյո՞ք այս հայտարհմումում նշված որևէ մեկը դիմել է ապահովագրության համար Marketplace-ի բաց գրանցման ժամանակահատվածում կամ համապատասխանող կյանքի իրադարձությունից հետո:..... Այո Ոչ

2. Այս հայտարհմումում նշված որևէ մեկին առաջարկվում է աշխատանքային առողջության ապահովագրություն: Եթե՞՝ այո, նույնիսկ եթե ապահովագրությունը ուրիշի աշխատանքից է, օրինակ՝ ծնողների կամ կրակցի, նույնիսկ եթե նրանք չեն ընդունում ապահովագրությունը: Եթե՞՝ ոչ, եթե առաջարկվող միակ ապահովագրական ծածկույթը COBRA-ն է:

ԱՅՈ: Շարունակե՛ք և այնուհետև լրացրե՛ք Զավելված A-ն: ՈՉ:

Եթե այո, սա պետական աշխատողների նպաստների ծրագիր է:..... Այո Ոչ

Արդյո՞ք հայտարհմումում նշված որևէ մեկին առաջարկվում է անհատական ծածկույթ Առողջապահական փոխհատուցման պայմանավորվածություն (Health Reimbursement Arrangement, HRA) կամ Որակավորված փոքր գործատուի HRA (Qualified Small Employer HRA, QSEHRA):..... Այո Ոչ

3. Արդյո՞ք որևէ մեկն այժմ ընդգրկված է առողջապահական ապահովագրությունում:

ԱՅՈ: Եթե այո, շարունակե՛ք կետ 4-իվ: ՈՉ: Եթե ոչ, անցե՛ք Քայլ 5-ին:

4. Տեղեկատվություն ընթացիկ առողջապահական ապահովագրական ծածկույթի մասին: (Պատճենե՛ք այս էջը, եթե այժմ 2-ից ավելի հոգի առողջապահական ապահովագրություն ունեն):

Գրե՛ք ապահովագրական ծածկույթի տեսակը, օրինակ՝ գործատուի ապահովագրություն, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, VA առողջապահական ծրագիր, Խաղաղության կորպուս կրպուս կամ այլ: (Մի պատե՛ք մեզ TRICARE-ի մասին, եթե ունե՛ք Direct Care կամ Line of Duty):

Առողջապահական ապահովագրության մեջ ընդգրկված անձի անունը

Ապահովագրական ծածկույթի տեսակը:
 Գործատուի ապահովագրություն COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE VA առողջապահական ծրագիր Խաղաղության կորպուս Այլ

Եթե դա գործատուի ապահովագրություն է. (Դուք նաև պետք է լրացնե՛ք Զավելված A-ն):

Առողջապահական ապահովագրական ընկերության անվանումը _____ Պայմանագրի/ID համար _____

Եթե դա այլ տեսակի ապահովագրական ծածկույթ է. Լրացրե՛ք, եթե սա Marketplace-ի առողջապահական ապահովագրական ծածկույթն է:

Առողջապահական ապահովագրական ընկերության անվանումը _____ Պայմանագրի/ID համար _____

Արդյո՞ք սա սահմանափակ նպաստների ծրագիր է, ինչպես դպրոցական վթարների ապահովագրական պայմանագիրը:..... Այո Ոչ

Առողջապահական ապահովագրության մեջ ընդգրկված անձի անունը

Ապահովագրական ծածկույթի տեսակը:
 Գործատուի ապահովագրություն COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE VA առողջապահական ծրագիր Խաղաղության կորպուս Այլ

Եթե դա գործատուի ապահովագրություն է. (Դուք նաև պետք է լրացնե՛ք Զավելված A-ն):

Առողջապահական ապահովագրական ընկերության անվանումը _____ Պայմանագրի/ID համար _____

Եթե դա այլ տեսակի ապահովագրական ծածկույթ է. Լրացրե՛ք, եթե սա Marketplace-ի առողջապահական ապահովագրական ծածկույթն է:

Առողջապահական ապահովագրական ընկերության անվանումը _____ Պայմանագրի/ID համար _____

Արդյո՞ք սա սահմանափակ նպաստների ծրագիր է, ինչպես դպրոցական վթարների ապահովագրական պայմանագիրը:..... Այո Ոչ



Քայլ 5: Ձեր համաձայնությունն ու ստորագրությունը

1. Համաձայն ե՞ք արդյոք թույլատրել MarketPlace-ին օգտագործել եկամուտների տվյալները, ներառյալ հարկային հայտարարագրերից ստացված տվյալները Այո Ոչ

հաջորդ 5 տարիների ընթացքում:.....

Ապագա տարիներին ապահովագրական ծածկույթի վճարման հարցում օգնություն ստանալու Ձեր իրավասությունը պարզելու համար Դուք կարող եք համաձայնել MarketPlace-ին թույլատրել օգտագործել եկամտի թարմացված տվյալները, ներառյալ՝ հարկային հայտարարագրերից ստացված տեղեկությունները: MarketPlace-ը ծանուցում կուղարկի և թույլ կտա Ձեզ ցանկացած փոփոխություն կատարել: MarketPlace-ը կստուգի, որպեսզի համազվի, որ Դուք դեռ իրավասու եք, և գուցե ստիպված լինի Ձեզ խնդրել հաստատել, որ ձեր եկամուտը դեռ համապատասխանում է: Դուք կարող եք հրաժարվել ցանկացած պահի:

Եթե ոչ, ավտոմատ կերպով թարմացրեք իմ տվյալները հաջորդ: 5 տարվա համար 4 տարվա համար 3 տարվա համար 2 տարվա համար 1 տարվա համար

Մի օգտագործեք իմ հարկային տվյալները առողջապահական ապահովագրական ծածկույթի համար վճարելու օգնություն ստանալու իմ իրավասությունը թարմացնելու համար (այս տարբերակի ընտրությունը կարող է ազդել երկարաժաման ժամանակ ապահովագրության վճարման համար օգնություն ստանալու Ձեր ունակության վրա):

2. Այս հայտարարումն է՞ հիման վրա առողջապահական ապահովագրության համար դիմել մեկը ազատագրված է (կալանավորված կամ բանտարկված):..... Այո Ոչ

Եթե այո, ասե՛ք մեզ տվյալ անձի անունը: Ազատագրված անձի անունն է՝

Լրացրե՛ք այստեղ, եթե այս անձին մեղադրանք է առաջադրվել:

Եթե Ձեր հայտարարումում որևէ մեկը ընդգրկված է MarketPlace-ի ապահովագրական ծածկույթում, և հետագայում պարզվի, որ ունի այլ համապատասխանող առողջապահական ապահովագրություն (օրինակ՝ Medicare, Medicaid կամ CHIP), MarketPlace-ն ինքնաբերաբար կդադարեցնի նրանց MarketPlace պլանի ծածկույթը: Սա կօգնի ապահովել, որ յուրաքանչյուր ոք, ով պարզվել է, որ ունի այլ համապատասխանող ծածկույթ, չի մնա MarketPlace-ի ծածկույթում գրանցված և ստիպված կլինի վճարել ամբողջ արժեքը:

Ես համաձայն եմ թույլ տալ, որ MarketPlace-ն այս իրավիճակում դադարեցնի MarketPlace-ի ապահովագրությունը իմ հայտարարումում նշված մարդկանց համար:

Ես MarketPlace-ին թույլատրություն չեմ տալիս դադարեցնել MarketPlace-ի ապահովագրական ծածկույթն այս պարագայում: Ես հասկանում եմ, որ իմ հայտարարումում նշված մարդիկ, ում այս ամենն ազդում է, այլևս չեն կարող ֆինանսական օգնություն ստանալու իրավասություն ունենալ և պետք է վճարեն իրենց MarketPlace պլանի ամբողջ արժեքը:

Եթե այս հայտարարումում որևէ մեկը իրավասու է Medicaid-ի համար.

- Ես Medicaid գործակալությանը իրավունք եմ տալիս՝ հետամուտ լինելու և ստանալու ցանկացած գումար այլ առողջապահական ապահովագրությունից, դատարանի որոշմամբ վճարումներից կամ այլ երրորդ կողմերից: Ես նաև Medicaid գործակալությանը կողակցից կամ ծնողից բուժօգնություն հետամուտ լինելու և ստանալու իրավունք եմ տալիս:
- Այս հայտարարումում նշվախ որևէ երեխա ունի՞ ծնողներ, որոնք ապրում են տնից դուրս:..... Այո Ոչ
- Եթե այո, ես գիտեմ, որ ինձ կխնդրեն համագործակցել այն գործակալության հետ, որը բժշկական օգնություն է հավաքագրում բացակայող ծնողից: Եթե կարծում եմ, որ բժշկական օգնություն հավաքագրելու համար համագործակցելը վնասի ինձ կամ իմ երեխաներին, ես կարող եմ ասել Medicaid-ին, և ես գուցե ստիպված չլինեմ համագործակցել:
- Ես ստորագրում եմ այս հայտարարումը սուտ վկայության պատժի տակ, ինչը նշանակում է, որ իմ իմացության չափով տվել եմ այս ձևաթղթի բոլոր հարցերի ճշմարիտ պատասխանները: Ես գիտեմ, որ ես կարող եմ ենթարկվել սույզների՝ համաձայն դաշնային օրենքի, եթե դիտարկյալ տրամադրեն կեղծ կամ իրականությանը չհամապատասխանող տեղեկատվություն:
- Ես գիտեմ, որ ես պետք է 30 օրվա ընթացքում տեղեկացնեմ Առողջության ապահովագրության MarketPlace-ին,[®] եթե որևէ բան փոխվի (և տարբերվի, քան) այս հայտարարումում գրվածից: Ես կարող եմ այցելել HealthCare.gov կամ զանգահարել 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով՝ որևէ փոփոխություն հաղորդելու համար: Ես հասկանում եմ, որ իմ տեղեկատվության փոփոխությունը կարող է ազդել իմ իրավասության վրա, ինչպես նաև իմ ընտանիքի անդամ(ներ)ի իրավասության վրա:
- Ես գիտեմ, որ դաշնային օրենսդրության համաձայն, խտրականությունը չի թույլատրվում ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, սեռի, տարիքի, սեռական կողմնորոշման, գենդերային ինքնության կամ հաշմանդամության հիման վրա: Ես կարող եմ խտրականության վերաբերյալ բողոք ներկայացնել՝ այցելելով HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint կայք:
- Ես գիտեմ, որ այս ձևաթղթի տեղեկատվությունը կօգտագործվի միայն առողջապահական ապահովագրության, ապահովագրության համար վճարման օգնության իրավասությունը որոշելու համար, ինչպես նաև MarketPlace-ի օրինական նպատակների և ծրագրերի համար, որոնք օգնում են վճարել ապահովագրության համար:

Մեզ այս տեղեկատվությունը պետք է ստուգելու Ձեր իրավասությունը առողջապահական ապահովագրության համար վճարելու օգնության հարցում, եթե որոշեք դիմել: Մենք կստուգենք Ձեր պատասխանները՝ օգտագործելով մեր էլեկտրոնային տվյալների շտեմարանները և Ներքին եկամուտների ծառայության (IRS), Սոցիալական ապահովության, Ներքին անվտանգության վարչության և/կամ սպառողների հաշվետվության գործակալության տվյալների շտեմարանները: Եթե տեղեկատվությունը չի համընկնում, մենք կարող ենք խնդրել Ձեզ ուղարկել մեզ հաստատում:

Ինչ պետք է անեմ, եթե կարծում եմ, որ իմ իրավասության ծանուցագիրը (Eligibility Notice) սխալ է:

- Ձեր հայտարարումը մշակելուց հետո փոստով կստանաք Իրավասության ծանուցագիր: Եթե համաձայն չեք այն բանի հետ, թե ինչի եք համապատասխանում, շատ դեպքերում կարող եք բողոքարկել: Կերանայե՛ք Ձեր Իրավասության ծանուցագիրը՝ գտնելու բողոքարկման հրահանգներ, որոնք հատուկ են Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անձի համար, ով դիմում է ապահովագրության համար, ներառյալ՝ քանի օր ունեք բողոքարկելու համար: Ահա կարևոր տեղեկատվություն, որը պետք է հաշվի առնել բողոքարկում խնդրելիս.
- Դուք կարող եք ինչ-որ մեկին խնդրել հայցել կամ մասնակցել Ձեր բողոքարկմանը, եթե ցանկանում եք: Այդ անձը կարող է լինել ընկեր, բարեկամ, իրավաբան կամ այլ անհատ: Կամ դուք կարող եք ինքնուրույն հայցել և մասնակցել Ձեր բողոքարկմանը:
 - Եթե Դուք բողոքարկում եք հայցում, Դուք կարող եք պահպանել Ձեր իրավասությունը ապահովագրության համար, քանի դեռ Ձեր բողոքարկումն առկա է:
 - Բողոքարկման արդյունքը կարող է փոխել Ձեր ընտանիքի մյուս անդամների իրավասությունը:

MarketPlace-ի իրավասության արդյունքները բողոքարկելու համար այցելե՛ք HealthCare.gov/marketplace-appeals: Կամ զանգահարե՛ք MarketPlace-ի Չանգերի կենտրոն՝ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք նաև փոստով ուղարկել բողոքարկման հարցման ձև կամ Ձեր սեփական նամակը՝ բողոքարկման հայցով՝ [Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001](mailto:HealthInsuranceMarketplace@HHS.gov) հասցեով: Դուք կարող եք բողոքարկել առողջապահական ապահովագրություն գնելու իրավասությունը MarketPlace-ի միջոցով, գրանցման ժամանակաշրջանները, հարկային սուբսիդիաները, ծախսերի բաշխման կրճատումները, Medicaid-ը և CHIP-ը, եթե դրանք մերժվել են: Եթե Դուք համապատասխանում եք հարկային սուբսիդիաների կամ ծախսերի բաշխման նվազեցման, կարող եք բողոքարկել այն գումարը, որը մենք որոշել ենք, որ Դուք իրավասու եք: Կախված Ձեր նահանգից, Դուք կարող եք բողոքարկել MarketPlace-ի միջոցով կամ ստիպված լինեք բողոքարկում ներկայացնել նահանգային Medicaid կամ CHIP գործակալությանը:

ԱՆՁ 1-ը պետք է ստորագրի այս հայտարարումը: Եթե Դուք լիազորված ներկայացուցիչ եք, կարող եք ստորագրել այստեղ, եթե ԱՆՁ 1-ը ստորագրել է Հավելված C-ն:

Ստորագրություն	Ստորագրման ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

Եթե Դուք ստորագրում եք այս հայտարարումը Բաց գրանցման ժամկետից դուրս(սոյուբերի 1-հունվարի 15), անպայման աչքի անցկացրեք Հավելված D-ն («Կյանքի փոփոխությունների վերաբերյալ հարցեր»):

ՀԱՅՏԱԴԻՄՈՒՄԻ ՀԵՏ ԿԱՊԿԱՏ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԴԵ ՈՒՆԵՑ: Այցելե՛ք HealthCare.gov կամ զանգահարե՛ք մեզ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: Եթե անզեղեցիկ բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք 1-800-318-2596 և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:



Քայլ 6. Լրացված հայտադիմումն ուղարկե՛ք փոստով



Ուղարկե՛ք ձեր ստորագրված հայտադիմումը հետևյալ հասցեով՝

Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001



Եթե ցանկանում եք գրանցվել քվեարկության համար, կարող եք լրացնել ընտրողների գրանցման ձևը հետևյալ հասցեով՝
Vote.gov:

Ստացե՛ք օգնություն անգլերենից բացի այլ լեզվով

Եթե Դուք կամ ինչ-որ մեկը, ում Դուք օգնում եք, հարցեր ունեք Առողջության ապահովագրության Marketplace-ի վերաբերյալ[®], Դուք իրավունք ունեք Ձեր լեզվով անվճար օգնություն և տեղեկատվություն ստանալ: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք **1-800-318-2596**:

Ահա մի քանի հասանելի լեզուների ցանկ և վերը նշված նույն հաղորդագրությունը այդ լեզուներով.

Español (Spanish)

Usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para comunicarse con un intérprete en español relacionado con el Mercado de seguros médicos, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên bằng tiếng Việt về Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe, xin gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace, tumawag sa 1-800-318-2596.

Փաստաթղթերի կրճատման օրենքի (PRA) տեղեկատվության բացահայտման դրույթը. Համաձայն 1995 թվականի Փաստաթղթերի կրճատման օրենքի՝ ոչ մի անձ պարտավոր չէ արձագանքել տեղեկատվության հավաքագրմանը, եթե այն չի ցուցադրում վավեր OMB հսկիչ համարը: Այս տեղեկատվության հավաքագրման համար վավեր OMB հսկիչ համարն է 0938-1191: Այս տեղեկատվության հավաքագրումն ավարտելու համար պահանջվող ժամանակը գնահատվում է միջինը 45 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, ներառյալ հրահանգները վերանայելու, առկա տվյալների ռեսուրսների որոնման, անհրաժեշտ տվյալների հավաքագրման և տեղեկատվության հավաքագրումն ավարտելու և վերանայելու ժամանակը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ ժամանակի գնահատման(ների) ճշգրտության վերաբերյալ կամ առաջարկներ այս ձևը բարելավելու համար, խնդրում ենք գրել հետևյալ հասցեին՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850:

? **ՀԱՅՏԱԴԻՄՈՒՄԻ ՀԵՏ ԿԱՊԿԱՏ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԴԵ ՈՒՆԵՔ:** Այցելե՛ք HealthCare.gov կամ զանգահարե՛ք մեզ **1-800-318-2596** հեռախոսահամարով: Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք **1-800-318-2596** և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել **1-855-889-4325** հեռախոսահամարով:

Ստացեք օգնություն անգլերենից բացի այլ լեզվով (Շարունակելի)

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health, Insurance Marketplace), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કોલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596

日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplaceに問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。

Փաստաթղթերի կրճատման օրենքի (PRA) տեղեկատվության բացահայտման դրույթը. Չամաձայն 1995 թվականի Փաստաթղթերի կրճատման օրենքի՝ ոչ մի անձ պարտավոր չէ արձագանքել տեղեկատվության հավաքագրմանը, եթե այն չի ցուցադրում վավեր OMB հսկիչ համարը: Այս տեղեկատվության հավաքագրման համար վավեր OMB հսկիչ համարն է 0938-1191: Այս տեղեկատվության հավաքագրումն ավարտելու համար պահանջվող ժամանակը գնահատվում է միջինը 45 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, ներառյալ հրահանգները վերանայելու, առկա տվյալների ռեսուրսների որոնման, անհրաժեշտ տվյալների հավաքագրման և տեղեկատվության հավաքագրումն ավարտելու և վերանայելու ժամանակը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ ժամանակի գնահատման(ների) ճշգրտության վերաբերյալ կամ առաջարկներ այս ձևը բարելավելու համար, խնդրում ենք գրել հետևյալ հասցեին՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850:

? **ՀԱՅՏԱԴԻՄՈՒՄԻ ԴՅՏ ԿԱՊՎԱԾ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԴԵ ՈՒՆԵՑ:** Այցելեք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարեք մեզ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-318-2596 և ասեք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:



Հավելված A. Առողջապահական ապահովագրական ծածկույթ աշխատատեղերից

Դուք **ԿԱՐԻՔ ՉՈՒՆԵՔ** պատասխանելու այս հարցերին, քանի դեռ ընտանիքում որևէ մեկը իրավասու չէ աշխատանքային առողջության ապահովագրություն ստանալու համար, նույնիսկ եթե նա չի ընդունում ապահովագրությունը: Դուք նաև կարիք չունեք պատասխանելու այս հարցերին, եթե որևէ մեկին առաջարկվող միակ ապահովագրական ծածկույթը COBRA-ն է: Կցեք այս էջի պատճենը յուրաքանչյուր աշխատանքի համար, որն առաջարկում է ապահովագրական ծածկույթ:

Պատմեք մեզ այն աշխատանքի մասին, որն առաջարկում է ապահովագրական ծածկույթ:
Պատճենեք այս էջը և տարեք այն գործատուին, ով առաջարկում է ապահովագրական ծածկույթ՝ օգնելու Ձեզ պատասխանել այս հարցերին:

Աշխատողի մասին տեղեկատվություն

1. Աշխատողի անունը (անուն, միջնանուն, ազգանուն)	2. Աշխատողի սոցիալական ապահովության համարը (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Գործատուի մասին տեղեկատվություն

3. Գործատուի/ընկերության անվանումը	<input type="text"/>	
4. Գործատուի նույնականացման համարը (EIN)	5. Գործատուի հեռախոսահամարը	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Այժմ մուտքագրեք այն անձի կամ ստորաբաժանման տվյալները, ովքեր կառավարում են աշխատակիցների նպաստները: Մենք կարող ենք կապվել այս անձի հետ, եթե մեզ անհրաժեշտ լինի լրացուցիչ տեղեկատվություն.

6. Անձը կամ բաժինը, ում հետ կարող ենք կապ հաստատել աշխատողների առողջության ապահովագրության վերաբերյալ

7. ա. Գործատուի հասցե (Marketplace-ը կարող է ծանուցում ուղարկել այս հասցեին)

8. Զաղաք	9. Լահանգ	10. Փոստային ինդեքս
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. Հեռախոսահամար (եթե տարբեր է վերոնշյալից)	12. Էլ. Փոստ
<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. Արդյո՞ք աշխատողին առաջարկվում է առողջապահական ապահովագրություն այս գործատուի կողմից: Ընտրեք «այո» միայն, եթե նրանք կունենան ապահովագրական ծածկույթի առաջարկ հաջորդ ամսվա սկզբի դրությամբ, կամ հունվարի 1-ից, եթե դիմում եք Բաց գրանցման ժամանակ (սոյմբերի 1-հունվարի 15):

ԱՅՈ (Շարունակեք) ՈՉ (Գործատու. ԴԱԴԱՐԵՑՐԵՔ և վերադարձրեք այս ձևը աշխատողին:
ԱՇԽԱՏՈՂ. Վերադարձեք Marketplace-ի ապահովագրական ծածկույթի Ձեր հայտադիմումին:)

Արդյո՞ք գործատուն առաջարկում է առողջապահական ծրագիր, որն ընդգրկում է այս աշխատողի կողակցին կամ խնամքի տակ գտնվող(ներ)ին:
 ԱՅՈ: Եթե այո, համար: Կողակցի Խնամքի տակ գտնվող(ներ) ՈՉ (Անցեք հարց 14-ին):

Թվարկեք աշխատողի ընտանիքի անձանց անունները, ովքեր իրավասու են այս աշխատանքային ապահովագրության համար:

Անուն

Անուն

Անուն

շարունակությունը հաջորդ էջում



Պատմեք մեզ այս գործատուի կողմից առաջարկվող առողջապահական ապահովագրության մասին:

14. Արդյո՞ք գործատուի կողմից առաջարկվող ծրագրերը համապատասխանում են նվազագույն արժեքի ստանդարտին*:

- ԱՅՈ (Անցե՞ք հարց 15-ին:)
- ՈՉ (ԴԱԴԱՐԵՑՐԵՔ և վերադարձրե՞ք այս ձևը աշխատողին:)

15. Որքան պետք է վճարի աշխատողը միայն աշխատողին առաջարկվող նվազագույն արժեքի ծրագրի համար, որը համապատասխանում է նվազագույն արժեքի ստանդարտին*: Մի ներառե՞ք ընտանեկան ծրագրերը:

a. Աշխատողը կվճարի այս ապահովագրավճարը՝ \$

Նշում. Մուտքագրե՞ք նվազագույն գումարը, որը աշխատողը կարող է վճարել առողջապահական ապահովագրության համար:

- b. Աշխատողը կվճարի այս գումարը՝ Շաբաթական կտրվածքով Ամեն 2 շաբաթը մեկ Ամսական երկու անգամ Ամսական մեկ անգամ Եռամսյա կտրվածքով
- Տարեկան կտրվածքով

16. Եթե ընտանիքի մյուս անդամները նշված են հարցի 13-ի համար. Որքան կվճարի աշխատողը ամենաեժան պլանի համար, որն ընդգրկում է աշխատողին և հարց 13-ում թվարկված ընտանիքի անդամներին: Եթե գործատուն առաջարկում է առողջապահական ապահովագրության ծրագրեր, մուտքագրե՞ք այն ապահովագրավճարը, որը աշխատողը կվճարե, եթե աշխատողը առավելագույն զեղչ ստանա ծխախոտի դադարեցման ծրագրերի համար և չստանար այլ զեղչեր առողջապահական ապահովագրության ծրագրերի հիման վրա:

a. Աշխատողը կվճարի այս ապահովագրավճարը՝ \$

- b. Աշխատողը կվճարի այս գումարը՝ Շաբաթական կտրվածքով Ամեն 2 շաբաթը մեկ Ամսական երկու անգամ Ամսական մեկ անգամ Եռամսյա կտրվածքով
- Տարեկան կտրվածքով

* Առողջապահական ծրագիրը համապատասխանում է նվազագույն արժեքի ստանդարտին, եթե վճարում է ստանդարտ բնակչության համար բժշկական ծառայությունների ընդհանուր արժեքի առնվազն 60%-ը և առաջարկում է հիվանդանոցային և բժշկների ծառայությունների զգալի ապահովագրական ծածկույթ: Աշխատանքի վրա հիմնված պլանների մեծ մասը համապատասխանում է նվազագույն արժեքի ստանդարտին:



Հավելված B.



Հավելված C. Հայտադիմումը լրացնելու օգնություն

Միայն հավաստագրված հայտադիմումների խորհրդատուների, ուղղորդողների, գործակալների և բրոքերների համար
Լրացրե՛ք այս բաժինը, եթե Դուք հավաստագրված հայտադիմումների խորհրդատու եք, ուղղորդող, գործակալ կամ միջնորդ, ով լրացնում է այս
հայտադիմումը մեկ ուրիշի համար:

1. Հայտադիմումի մեկնարկի ամսաթիվը (մմ/օր/տոտո)	
<input type="text"/>	
2. Անուն, միջնանուն, ազգանուն, ազգանվանը տրվող վերջավորություն	
<input type="text"/>	
3. Կազմակերպության անվանում	
<input type="text"/>	
4. ID համարը (եթե կիրառելի է)	5. Միայն գործակալներ/բրոքերներ. NPN համարը
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Դուք կարող եք ընտրել լիազոր ներկայացուցիչ:

Դուք կարող եք վստահված անձի թույլտվություն տալ՝ խոսելու այս հայտադիմումի մասին մեզ հետ, հասանելիություն ունենալ Ձեր տեղեկատվությանը և գործել Ձեր փոխարեն այս հայտադիմումի հետ կապված հարցերի շուրջ, ներառյալ Ձեր դիմումի մասին տեղեկություններ ստանալը և Ձեր հայտադիմումը Ձեր անունից ստորագրելը: Այս անձը կոչվում է «լիազորված ներկայացուցիչ»: Եթե երբևէ Ձեզ անհրաժեշտ լինի փոխել կամ հեռացնել Ձեր լիազորված ներկայացուցչին, դիմե՛ք Marketplace-ին: Եթե դուք օրինականորեն նշանակված ներկայացուցիչ եք այս հայտադիմումում ինչ-որ մեկի համար, ապա հայտադիմումի հետ ներկայացրե՛ք ապացույցներ:

1. Լիազոր ներկայացուցչի անունը (անուն, միջնանուն, ազգանուն)			
<input type="text"/>			
2. Հասցե		3. Հասցե 2	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Զաղաք		5. Նահանգ	6. Փոստային ինդեքս
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Հեռախոսահամար			
<input type="text"/>			
8. Կազմակերպության անվանումը			
<input type="text"/>			
9. ID համարը (եթե կիրառելի է)			
<input type="text"/>			

Ստորագրելով՝ Դուք թույլ եք տալիս այս անձին ստորագրել Ձեր հայտադիմումը, ստանալ պաշտոնական տեղեկատվություն այս հայտադիմումի մասին և գործել Ձեր փոխարեն այս հայտադիմումի հետ կապված հետագա բոլոր հարցերի շուրջ:

10. Այս հայտադիմումում նշված ԱՆՁԻ 1-ի ստորագրությունը	11. Ստորագրման ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)
<input type="text"/>	<input type="text"/>





Հավելված D. Կյանքի փոփոխությունների վերաբերյալ հարցեր

(Դուք պետք է լրացնեք այս հայտարարումի մնացած մասը այս էջի հետ միասին: Մի ուղարկեք այս էջն առանձին:)

Եթե այս հայտարարումում որևէ մեկի կյանքում որոշակի փոփոխություններ են տեղի ունեցել, ինչպիսիք են՝ առողջապահական ապահովագրությունը կորցնելը, ամուսնանալը կամ երեխա ունենալը, վերջին 60 օրվա ընթացքում (ԿԱՄ ակնկալում է, որ դա տեղի կունենա հաջորդ 60 օրվա ընթացքում), լրացրեք այս էջը և ներառեք այն լրացված, ստորագրված հայտարարումում: Կյանքում որոշ փոփոխություններ թույլ են տալիս անմիջապես սկսել Ձեր ապահովագրությունը Marketplace-ի միջոցով: Մենք նաև խորհուրդ ենք տալիս պատասխանել այս հարցերին, եթե դիմում եք Բաց գրանցման շրջանից դուրս (տյեմբերի 1-հունվարի 15):

Այս հարցերը կամընտիր են: Եթե Ձեր կյանքի հանգամանքները չեն փոխվել, կարող եք դատարկ թողնել պատասխանները: Դուք կարող եք գրանցվել Medicaid-ում և Երեխաների առողջապահական ապահովագրության ծրագրին (CHIP) տարվա ցանկացած ժամանակ, նույնիսկ եթե կյանքում փոփոխություններ չեք ունեցել: Դաշնային մակարդակով ճանաչված ցեղերի անդամները և Այսասկայի բնիկ բաժնետերերը կարող են ընդգրկվել Marketplace-ի միջոցով տարվա ցանկացած ժամանակ:

Պատմեք մեզ Ձեր ընտանիքում տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին:

1. Արդյո՞ք որևէ մեկը կորցրել է համապատասխանող առողջապահական ծածկույթը վերջին 60 օրվա ընթացքում, կամ ակնկալում է, որ կկորցնի համապատասխանող բժշկական ապահովագրությունը հաջորդ 60 օրվա ընթացքում:

Անուն(ներ)	Ապահովագրական ծածկույթի ավարտի կամ գործողության ժամկետի ամսաթիվը (ամիս, օր, տարի)

2. Արդյո՞ք վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ մեկն ամուսնացել է:

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

a. Արդյո՞ք այս մարդկանցից որևէ մեկը վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ ժամանակ ունեցել է համապատասխան բժշկական ապահովագրություն: Այո Ոչ

Եթե այո, ապա մուտքագրեք նրանց անուն(ներ)ը ստորև.

Անուն(ներ)

3. Վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ մեկը ազատվել է կալանքից (ազատագրվումից կամ բանտից):

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

4. Որևէ մեկը վերջին 60 օրվա ընթացքում ներգաղթի իրավունք ստացել է:

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

5. Վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ մեկը որդեգրվել է, որդեգրման տրվել կամ խնամատարության հանձնվել:

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

6. Վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ մեկը խնամյալ է դարձել երեխայի խնամքի կամ դատական այլ որոշման պատճառով:

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

7. Վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ մեկը տեղափոխվել է Ձեր տուն:

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

a. Ո՞րն է Ձեր նախորդ հասցեի փոստային կոդը: Լրացրե՛ք այստեղ, եթե Դուք տեղափոխվել եք օտար երկրից կամ ԱՄՆ տարածքից:

b. Արդյո՞ք այս մարդկանցից որևէ մեկը վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ ժամանակ ունեցել է համապատասխան բժշկական ապահովագրություն: Այո Ոչ

Եթե այո, ապա մուտքագրեք նրանց անուն(ներ)ը ստորև.

Անուն(ներ)