



طلب للتغطية الصحية والمساعدة في دفع التكاليف

Form Approved
OMB No. 0938-1213

← قدم أسرع عن طريق الإنترنت على موقع HealthCare.gov.

- خطط تأمين صحي خاصة في متناولك تقدم تغطية شاملة تساعدك على البقاء بصحة جيدة.
- انتمتان ضريبي جديد يمكنه أن يساعدك في الحال على دفع أقساط التأمين الخاصة بك للتغطية الصحية.
- تغطية مجانية أو منخفضة التكلفة من برنامج Medicaid (ميديكيد) وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) (تشيب).
- يمكنك التأهل لبرنامج مجاني أو منخفض التكلفة، حتى إذا كنت تكسب 97,200 دولار في السنة (لأسرة مكونة من 4 أفراد).

استخدم هذا الطلب لتري ما هي التغطية التي تتأهل لها



من يمكنه استخدام هذا الطلب؟

- استخدم هذا الطلب للتقديم لأي فرد في عائلتك.
- قدم حتى لو كان طفلك لديه تغطية صحية بالفعل. يمكن أن تكون مؤهل لتغطية أقل تكلفة أو مجانية.
- إذا كنت بمفردك، يمكنك استخدام استمارة مختصرة. قم بزيارة HealthCare.gov
- يمكن للعائلات التي تضم مهاجرين أن تتقدم. يمكنك التقديم لطفلك حتى لو لم تكن أنت مؤهلاً للتغطية. لن يؤثر التقديم على حالة هجرتك أو فرصك في أن تصبح مقيم دائم أو مواطن.
- إذا كان هناك شخص ما يساعدك على استكمال هذا الطلب، قد تحتاج إلى استكمال ملحق C.

ما الذي تحتاج أن تقدم عليه



- أرقام الضمان الاجتماعي (أو أرقام الوثيقة لأي مهاجرين مؤهلين يحتاجون إلى تغطية).
- معلومات عن صاحب العمل والدخل لكل فرد في عائلتك (مثلاً، من كشوف الرواتب، أو استمارات W-2، أو بيان الأجور والبيان الضريبي).
- أرقام بوليصة التأمين لأي تأمين صحي حالي.
- معلومات عن تأمين صحي مرتبط بالوظيفة متاح لعائلتك.

لماذا نطلب منك هذه المعلومات؟



- نحن نطلب منك معلومات حول الدخل وغيرها من المعلومات لنخبرك بالتغطية التي تتأهل لها وإذا ما كان بإمكانك أن تحصل على أي مساعدة في دفع تكاليفها. سوف نحفظ بكل معلوماتك في إطار من الأمان والسرية حسبما يقتضيه القانون. لمطالعة بيان قانون الخصوصية، قم بزيارة موقع HealthCare.gov أو انظر التعليمات.

ما الذي يحدث في الخطوة التالية؟



- أرسل طلبك مكتمل وموقع إلى العنوان الموجود في صفحة 7. إذا لم يكن لديك كل المعلومات التي نطلبها، وقع على طلبك وسلمه على أي حال. سوف نتابع معك خلال 1-2 أسبوع، وسوف تتلقى اتصالاً من سوق التأمين الصحي إذا احتجنا إلى المزيد من المعلومات. سوف تحصل على خطاب تحديد التأهل في البريد بعد معالجة طلبك. إذا لم يصلك رد منا، اتصل على مركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي. إن استكمال هذا الطلب لا يعني أنه عليك أن تشتري تغطية صحية.

احصل على مساعدة في هذا الطلب



- عن طريق الإنترنت: HealthCare.gov
- عن طريق الهاتف: اتصل بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على الرقم: 1-800-318-2596. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325.
- شخصياً: قد يكون هناك مستشارين في منطقتك يمكنهم مساعدتك. قم بزيارة موقع HealthCare.gov، أو الاتصال بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على هاتف 1-800-318-2596 لمزيد من المعلومات.
- لغات أخرى: إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف 1-800-318-2596 وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك.
- لديك الحق في الحصول على المعلومات في هذا المنتج بصيغة مختلفة. لديك الحق أيضاً في رفع شكوى إذا كنت تشعر أنك تعرضت لتفرقة. قم بزيارة www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html، أو الاتصال بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على هاتف 1-800-318-2596 لمزيد من المعلومات. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325.



لا تستكمل: ليس هذ طلب.

يُرجى الطباعة بأحرف كبيرة باستخدام حبر أسود أو أزرق داكن فقط
املاً الدوائر (○) بهذا الشكل ← ●.

خطوة رقم 1: أخبرنا عن نفسك.

1. الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير	اللقب
2. عنوان المنزل (اتركه فارغاً إذا لم يكن لديك منزل).			
3. رقم الشقة أو الجناح			
4. المدينة	5. الولاية	6. الرمز البريدي	7. المقاطعة، أو الدائرة، أو البلدة
8. العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل)			
9. رقم الشقة أو الجناح			
10. المدينة	11. الولاية	12. الرمز البريدي	13. المقاطعة، أو الدائرة، أو البلدة
14. رقم هاتف نهاري			
15. رقم هاتف ليلي			
16. ل تريد الحصول على معلومات حول هذا الطلب عن طريق البريد الإلكتروني؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا			
عنوان البريد الإلكتروني:			
17. ما هي لغة الحديث المفضلة لديك؟ ما هي لغة الكتابة المفضلة لديك؟			

خطوة رقم 2: أخبرنا عن عائلتك.

ما الذي تحتاج إلى تضمينه في هذا الطلب؟

استكمل صفحات الخطوة رقم 2 لكل فرد في عائلتك وبيتك، حتى إذا كان هذا الفرد لديه تغطية صحية بالفعل. تساعدنا المعلومات الواردة في هذا الطلب على التأكد من أن كل فرد يحصل على أفضل تغطية يمكنه أن يحصل عليها. إن كمية المساعدة أو نوع البرنامج الذي تتأهل له يتوقف على عدد الأفراد الموجودين في عائلتك ودخولهم. إذا لم تدرج شخص ما، حتى لو كان لديه تغطية صحية، فإن نتائج تأهلك يمكن أن تتأثر.

بالنسبة للبالغين الذين يحتاجون إلى تغطية:

أدرج هؤلاء الأشخاص حتى لو لم يتقدموا للتغطية الصحية بأنفسهم:

- أي زوج/زوجة
- أي ابن أو ابنة تحت سن 21 سنة يعيشون معك، بما في ذلك ابن الزوج/الزوجة
- أي شخص آخر على نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي (بما في ذلك أي أطفال فوق سن 21 سنة المفترض وجودهم في إقرار الدخل الضريبي للوالدين). أنت لا تحتاج إلى أن تتقدم بالضرائب لتحصل على تغطية صحية.

بالنسبة للأطفال تحت سن 21 سنة الذين يحتاجون إلى تغطية:

أدرج هؤلاء الأشخاص حتى لو لم يتقدموا للتغطية الصحية بأنفسهم:

- أي والد (أو والد زوج/زوجة) يعيشون معك
- أي أشقاء يعيشون معك
- أي ابن أو ابنة يعيشون معك، بما في ذلك ابن الزوج/الزوجة
- أي شخص آخر على نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي أنت لا تحتاج إلى أن تتقدم بالضرائب لتحصل على تغطية صحية.

استكمل خطوة 2 لكل شخص في عائلتك.

ابداً بنفسك، ثم أضف البالغين الآخرين والأطفال. إذا كان لديك أكثر من فردين في عائلتك، سوف تحتاج إلى عمل نسخة من الصفحات وإرفاقها.

لن تحتاج إلى تقديم حالة الهجرة أو رقم الضمان الاجتماعي لأفراد العائلة الذين لا يحتاجون إلى تغطية صحية. سوف نحفظ بكل معلوماتك في إطار من الأمان والسرية حسبما يقتضيه القانون. سوف نستخدم المعلومات الشخصية فقط لنتحقق ما إذا كانت مؤهلاً للتغطية الصحية أم لا.



خطوة رقم 3: فرد (أفراد) العائلة من الهنود الأمريكيين أو سكان الأسكا الأصليين

1. هل أنت أو أحد من عائلتك هندي أمريكي أو من سكان الأسكا الأصليين؟
 لا. إذا كانت الإجابة بلا، تابع إلى خطوة رقم 4. نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، تابع إلى خطوة رقم 4، وأكمل أيضًا ملحق ب وضمنه مع الطلب.

خطوة رقم 4: التغطية الصحية لعائلتك

1. في كل سنة من السنوات التي حصلت فيها على امتياز الإعفاء الضريبي، هل قامت عائلتك بالتقدم للحصول على عائد ضريبي وتسوية أي إعفاءات ضريبية قمت باستخدامها؟
 نعم، تمت تسوية امتيازات الإعفاءات الضريبية. قم بملئ الدائرة فقط إن انطبق عليك كل مايلي:
 • قمت باستخدام دفعات مقدمة من امتياز الإعفاء الضريبي (APTC) أثناء واحدة أو أكثر من السنوات الماضية للمساعدة في خفض تكاليف التغطية الصحية في سوق التأمين الصحي.
 • قام الشخص الذي قدم أقرارك الضريبي بالتقديم للحصول على عائد ضريبي فيدرالي لكل من تلك السنوات.
 • قام الشخص أو الأشخاص الذين قدموا الأقرار الضريبي بتقديم استمارة مكتب ضريبة الدخل الأمريكي رقم 8962 (healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit) مع العائد الضريبي.
2. هل كان أحد الأشخاص المشمولين في هذا الطلب غير مؤهل للحصول على تأمين Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) خلال الـ 90 يوما الماضية؟
 (اختر نعم فقط في حال كون احد الافراد غير مؤهل للحصول على هذه التغطية بالنسبة لولايتك وليس بالنسبة لسوق التأمين الصحي).
 نعم لا
 من؟
 أو، هل كان أحد الأشخاص المشمولين في هذا الطلب غير مؤهل للحصول على تأمين Medicaid أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) بسبب هجرتهم منذ 1 أكتوبر، 2013؟
 نعم لا
 من؟
 هل قام احد الاشخاص المشمولين في هذا الطلب بالتقدم للحصول على التغطية عند فتح باب الالتحاق بسوق التأمين الصحي؟
 نعم لا
 من؟
3. هل هناك أي فرد مدرج في هذا الطلب قدم له تغطية صحية من وظيفته؟ أشر على نعم إذا كانت التغطية من وظيفة شخص آخر مثل والد أو زوجة، حتى لو لم يقبلوا التغطية.
 نعم. تابع ثم أكمل ملحق أ. هل هذه خطة مزايا موظفين حكومية؟
 نعم لا
 لا.
4. هل هناك أي فرد مدرج في تغطية صحية الآن؟
 نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، تابع إلى سؤال رقم 6. لا. إذا كانت الإجابة بلا، تخطى إلى خطوة رقم 5.

5. معلومات حول التغطية الصحية الحالية. (انسخ نسخة من هذه الصفحة إذا كان هناك أكثر من شخصين لديهم تغطية صحية الآن.) اكتب نوع التغطية مثل تغطية صاحب العمل أو برامج الرعاية الصحية مثل COBRA أو Medicaid أو CHIP أو TRICARE أو VA أو Peace Corps، أو غيرهم. (لا نخبرنا عن TRICARE إذا كان لديك برامج Direct Care أو Line of Duty.)

اسم الشخص المدرج في التغطية الصحية

نوع التغطية:

- تأمين صاحب العمل COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE ببرنامج الرعاية الصحية VA s Peace Corps أخرى

إذا كان تأمين من صاحب العمل: (سوف تحتاج أيضًا إلى استكمال ملحق A)

اسم شركة التأمين الصحي

رقم البوليصه/الهوية

إذا كان نوع آخر من التغطية: قم بملئ الحقل ان كانت هذه تغطية صحية عن طريق سوق التأمين الصحي.

اسم شركة التأمين الصحي

رقم البوليصه/الهوية

إذا كانت هذه خطة مزايا محدودة، مثل بوليصة حوادث مدرسية؟
 نعم لا

اسم الشخص المدرج في التغطية الصحية

نوع التغطية:

- تأمين صاحب العمل COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE ببرنامج الرعاية الصحية VA s Peace Corps أخرى

إذا كان تأمين من صاحب العمل: (سوف تحتاج أيضًا إلى استكمال ملحق A)

اسم شركة التأمين الصحي

رقم البوليصه/الهوية

إذا كان نوع آخر من التغطية: قم بملئ الحقل ان كانت هذه تغطية صحية عن طريق سوق التأمين الصحي.

اسم شركة التأمين الصحي

رقم البوليصه/الهوية

إذا كانت هذه خطة مزايا محدودة، مثل بوليصة حوادث مدرسية؟
 نعم لا



1. هل توافق على السماح لسوق التأمين الصحي Marketplace باستخدام بيانات الدخل، بما في ذلك معلومات الإقرارات الضريبية لمدة 5 سنوات قادمة؟ نعم لا
 لنجعل الأمور أسهل في تحديد تأهلك للمساعدة على الدفع مقابل التغطية في السنوات المستقبلية، يمكنك الموافقة على السماح لسوق التأمين الصحي Marketplace باستخدام بيانات الدخل المحدثة بما في ذلك معلومات من الإقرارات الضريبية. سوف يرسل سوق التأمين الصحي Marketplace إشعار ويجعلك تقوم بأي تغييرات سوف يفحص سوق التأمين الصحي Marketplace ليتأكد أنك لازلت مؤهلاً، وقد يكون عليه أن يطلب منك إثبات على أن دخلك لا يزال يتأهل. يمكنك الخروج في أي وقت.
 إذا كانت الإجابة بلا، حدّث معلوماتي تلقائياً لمدة قادمة مقدارها:

4 سنوات 2 سنوات لا تستخدم بيانات الدخل الخاصة بي لتجديد تأهلي للمساعدة على الدفع مقابل التغطية الصحية (يمكن أن يؤثر اختيار هذا الخيار على قدرتك على الحصول على مساعدة لدفع مقابل التغطية عند التجديد). 3 سنوات 1 سنة

2. هل هناك أي فرد يتقدم للتأمين الصحي في هذا الطلب مقيد الحرية (معتقل أو مسجون)؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة بنعم، أخبرنا باسم الشخص. اسم الشخص المحبوس هو:

املاً الاسم هنا إذا كان الشخص يواجه تهمة نهائية.

إذا كان فرد في هذا الطلب مؤهل لخطة Medicaid:

- نا أعطي إلى Medicaid حقوق الوكالة في تحصيل و قبض أي أموال من أنظمة التأمين الصحي، أو التسويات القضائية، أو غيرها من التعامل مع الأطراف الخارجية. أنا أعطي أيضاً إلى Medicaid حقوق الوكالة في تعقب الدعم الطبي والحصول عليه من الزوج/الزوجة أو الوالدين.
- هل أي طفل في هذا الطلب لديه والد يعيش خارج المنزل؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة بنعم، سوف يُطلب مني التعاون مع الوكالة التي تجمع الدعم الطبي من الآباء الغائبين. إذا كنت أعتقد أن التعاون في جمع الدعم الطبي سوف يؤديني أو يؤدي أطفالاً، يمكنني أن أخبر Medicaid ويمكنني عدم التعاون.
- ميں اس درخواست پر دروغ حلفی کی سزا کے تحت دستخط کر رہا/ رہی ہوں، جس کا مطلب ہے کہ میں نے اپنی بہترین علم کے مطابق سبھی سوالوں کے درست جوابات فراہم کیے ہیں۔ مجھے معلوم ہے کہ اگر میں نے جان بوجھ کر غلط یا جھوٹی معلومات فراہم کی تو میں وفاقی قانون کے تحت جرمانوں کا مستوجب ہوں گا۔
- أنا أعلم أنه يجب علي أن أخبر سوق التأمين الصحي خلال 30 يوم إذا حدثت أي تغييرات (وكانت مختلفة عن) ما كنته في هذا الطلب. يمكنني زيارة HealthCare.gov أو الاتصال على هاتف 1-800-318-2596 للإبلاغ عن أي تغييرات. أفهم أن التغيير في المعلومات يمكن أن يؤثر على أهليتي وكذلك أهلية فرد (أفراد) بيتي.
- أعلم أنه بموجب القانون الفدرالي، لا يُسمح بالتمييز بناءً على العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العمر، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الاجتماعية، أو الإعاقة. يمكنني أن أرفع شكوى عن أي تمييز عن طريق زيارة موقع www.hhs.gov/ocr/office/file
- أعلم أن المعلومات الواردة في هذه الاستمارة سوف تُستخدم فقط لتحديد أهليتك للتغطية الصحية، ومساعدتك على الدفع مقابل التغطية (إن طلب ذلك)، ولأغراض القانونية لسوق التأمين الصحي والبرامج التي تساعد على الدفع مقابل التغطية.
- نحن نحتاج إلى هذه المعلومات للتحقق من أهليتك للمساعدة في الدفع مقابل التغطية الصحية إذا اخترت التقدم. سوف نتحقق من إجاباتك باستخدام المعلومات الواردة في قواعدا الإليكترونية وقواعد البيانات الواردة من جهاز العوائد الداخلية، والضمان الاجتماعي، ووزارة الأمن الداخلي، و/أو أحد وكالات الإبلاغ عن المستهلكين. إذا لم تتوافق المعلومات التي تقدمها مع هذه المعلومات، قد نطلب منك أن ترسل لنا دليلاً على صدق معلوماتك.

ما الذي ينبغي علي عمله إذا كنت أعتقد أن نتائج أهليتي خطأ؟

- إذا لم تكن توافق على ما تتأهل له، في كثير من الحالات، يمكنك أن تطلب استئناف. يُرجى مراجعة شعار الأهلية الخاص بك للعثور على تعليمات الاستئناف الخاصة بكل شخص في بيتك يستأنف من أجل التغطية، بما في ذلك عدد الأيام التي ينبغي أن تطلب فيها استئناف. فيما يلي معلومات هامة لأخذها في الاعتبار عندما تطلب استئناف:
- يمكن أن تجعل شخص آخر يطلب أو يشارك في استئنافك إذا أردت ذلك. يمكن أن يكون ذلك الشخص صديق أو قريب أو محامي أو فرد آخر. أو يمكنك طلب استئناف والمشاركة فيه بنفسك.
- إذا طلبت استئناف، يمكن أن تكون قادر على الإبقاء على أهليتك للتغطية أثناء انتظار مراجعة استئنافك.
- يمكن أن تغير نتيجة الاستئناف من أهلية الأعضاء الآخرين في بيتك.

للاستئناف على نتائج أهليتك لسوق التأمين الصحي Marketplace، قم بزيارة HealthCare.gov/marketplace-appeals. أو اتصل بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على الرقم: 1-800-318-2596. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325. يمكنك أيضاً أن ترسل نموذج طلب استئناف عن طريق البريد أو ترسل خطاب من صياغتك تطلب فيه استئناف على العنوان التالي، 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. يمكنك أن تستأنف على أهليتك لشراء التغطية الصحية من خلال التأمين الصحي، وفترة الإدراج، والائتمانات الضريبية، واستقطاعات مشاركة التكلفة، و Medicaid، و CHIP إذا تم رفض منحك هذه الأشياء. إذا كنت تتأهل للإعفاءات الضريبية أو استقطاعات مشاركة التكلفة، يمكنك الاستئناف على المبلغ الذي حددت أنك مؤهل له. بناءً على حالتك، يمكن أن تكون قادر على الاستئناف من خلال سوق العمل أو قد يكون عليك أن تطلب استئناف على حالة وكالة Medicaid أو CHIP.

ينبغي على شخص رقم 1 أن يوقع على هذا الطلب. إذا كنت وكيل مخول، بحق لك التوقيع هنا طالما أن الشخص رقم 1 قد وقع على ملحق ج.

التوقيع	تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

إذا كنت توقع هذا الطلب خارج التسجيل المفتوح (بين 1 نوفمبر إلى 31 يناير)، تأكد من مراجعتك لملحق D ("أسئلة حول تغييرات الحياة").

خطوة رقم 6: أرسل طلبك المستكمل بالبريد

إذا أردت التسجيل للتصويت، يمكنك استكمال نموذج تسجيل مصوت على

www.eac.gov



أرسل طلبك الموقع إلى:

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



هل تحتاج إلى مساعدة في طلبك؟ تفضل بزيارة الموقع التالي HealthCare.gov، أو اتصل على الرقم: 1-800-318-2596. إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف 1-800-318-2596 وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 1-855-889-4325.

لا تستكمل. ليس هذا طلب.

للحصول على المساعدة بلغة أخرى غير الانجليزية

ان كان لديك او لدى شخص تقوم بمساعدته اسئلة بخصوص سوق التأمين الصحي، فلك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون دفع اي تكلفة. للتحدث مع مترجم، اتصل بالرقم **1-800-318-2596**.

اليك قائمة باللغات المتوفرة ونفس الرسالة المذكورة اعلاه بتلك اللغات:

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.

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.

لا تستكمل. ليس هذا طلب.

للحصول على المساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية (تابع)

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, કૉલ 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。





التغطية الصحية من الوظائف

لا تحتاج إلى الإجابة على هذه الأسئلة إلا إذا كان شخص ما في بيتك مؤهلاً لتغطية صحية من وظيفته، حتى لو لم يقبل التغطية. أرفق صورة من هذه الصفحة لكل وظيفة تقدم تغطية.

أخبرنا عن الوظيفة التي تقدم التغطية.

أنسخ نسخة من هذه الصفحة وأحضرها معك إلى صاحب العمل الذي يقدم التغطية للمساعدة في الإجابة على هذه الأسئلة.

معلومات صاحب العمل

1. اسم صاحب العمل (الأول، الأوسط، الآخر)	2. اسم صاحب العمل (الأول، الأوسط، الآخر) SSN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

معلومات صاحب العمل

3. صاحب العمل اسم الشركة	4. الرقم التعريفي لصاحب العمل (EIN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. رقم هاتف صاحب العمل	6. المدينة
<input type="text"/>	<input type="text"/>

والآن، قم بإدخال المعلومات الخاصة بالشخص أو القسم الذي يتولى امور مُخصّصات الموظفين. قد نقوم بالاتصال بهذا الشخص ان احتجنا للمزيد من المعلومات:

7. الشخص أو القسم الذي نستطيع الاتصال به بخصوص التغطية الصحية للموظفين	8. المدينة
<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. الولاية	10. الرمز البريدي
<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. رقم الهاتف (إذا كان مختلفاً عن الهاتف المدرج سابقاً)	12. عنوان البريد الإلكتروني
<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. هل الموظف مؤهل حالياً للتغطية المقدمة من جانب صاحب العمل هذا، أو هل سيصبح الموظف مؤهلاً في الشهور الثلاثة القادمة؟

- نعم (تابع) كلا (صاحب العمل: توقف وقم بإعادة هذه الاستمارة إلى الموظف.
- a. ان لم يكن الموظف مؤهلاً اليوم، وقد يكون ذلك بسبب الانتظار أو لكونه ضمن فترة التجربة، فمتى سيصبح الموظف مؤهلاً للحصول على التغطية؟ (اليوم/الشهر/السنة)
-

- b. هل يُقدم صاحب العمل خطة صحية تغطي زوج/زوجة الموظف واخرين يُعيلهم؟
- نعم. ان كانت الإجابة بنعم، فمن هم هؤلاء الأشخاص؟ الزوج/الزوجة شخص أو اشخاص اخرين يُعيلهم (كالاطفال)

درج اسماء اي اشخاص اخرين في اسرة الموظف من المؤهلين للحصول على تغطية من خلال هذا العمل.

الاسم

الاسم

الاسم

البع في الصفحة التالية

لا تستكمل. ليس هذا طلب.

أخبرنا عن التغطية الصحية المقدمة من قبل صاحب العمل هذا.

14. هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تلي معيار القيمة الدنيا*؟

نعم (انتقل إلى سؤال 15) لا (توقف وارجع إلى هذا النموذج للموظف).

15. كم ينبغي على الموظف دفعه مقابل أقل خطة في التكلفة مقدمة إلى الموظف فقط وتلي معيار القيمة الدنيا*؟ لا تدرج الخطط الصحية. ملاحظة: إذا كان صاحب العمل يقدم برامج للصحة، أدخل القسط الذي يدفعه الموظف إذا كان الموظف قد حصل على الحد الأقصى من الخصم لأي برامج توقف عن التدخين ولم يحصل على أي خصومات أخرى بناءً على برامج الصحة.

a. الموظف سيدفع هذا القسط: دولار \$

ملاحظة: أدخل أقل مبلغ يستطيع الموظف دفعه مقابل التغطية الصحية.

b. الموظف سيدفع هذا المبلغ: كل أسبوع كل أسبوع مرتين في الشهر مرة في الشهر ربع سنويًا سنويًا

(انتقل إلى السؤال التالي.)

16. ما هي التغييرات التي سيجريها صاحب العمل للعام الجديد للخطة؟

لن يقدم صاحب العمل تغطية صحية اعتبارًا من هذا التاريخ: (شهر/يوم/سنة)

سيتغير مبلغ القسط للخطة الأقل تكلفة التي تلي معيار الحد الأدنى للقيمة* وهي متاحة للموظف فقط. (ينبغي أن يعكس القسط فقط الخصومات على برامج إيقاف التدخين. انظر سؤال رقم 15.)

a. الموظف سيدفع هذا القسط: \$

b. ما عدد المرات؟ كل أسبوع كل أسبوع مرتين في الشهر مرة في الشهر ربع سنويًا سنويًا

c. تاريخ التغيير: (شهر/يوم/سنة)

لا أعلم إذا ما كان صاحب العمل سيجري تغييرات أم لا.

لن يجري صاحب العمل أيًا من هذه التغييرات.

* تلي الخطة الصحية معيار الحد الأدنى للقيمة إذا كان يدفع 60% على الأقل من التكلفة الإجمالية للخدمات لعدد قياسي من الناس ويقدم تغطية واسعة لخدمات المستشفيات والأطباء. تلي معظم الخطط المبنية على الوظائف الحد الأدنى من معيار القيمة.





المساعدة في استكمال هذا الطلب

لمستشاري الطلبات المعتمدين، والمرشدين، والوكلاء، والوسطاء فقط. استكمل هذا القسم إذا كنت مستشار طلبات معتمد، أو مرشد، أو وكيل، أو وسيط تملأ هذا الاستبيان عن شخص آخر.

1. تاريخ بدء الطلب (شهر/يوم/سنة)

2. الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير واللقب

3. اسم المؤسسة

4. رقم الهوية (إن وجد)

5. الوكيل/الوسطاء فقط: رقم المنتج الوطني

يمكنك اختيار ممثل مخول.

يمكنك أن تعطي شخص مؤتمن إذن بالحديث عن هذا الطلب معنا، ومطالعة المعلومات، والتصرف نيابة عنك في الأمور المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك الحصول على معلومات حول طلبك والتوقيع على طلبك نيابة عنك. يُسمى هذا الشخص "ممثل مخول". إذا احتجت في أي وقت أن تغير أو تلغي ممثلك المخول، اتصل بسوق التأمين الصحي Marketplace. إذا كنت ممثل معين قانوناً عن شخص ما في هذا الطلب، سلم إثبات على ذلك مع الطلب.

1. اسم الممثل المخول (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)

2. العنوان

3. رقم الشقة أو الجناح

4. المدينة

5. الولاية

6. الرمز البريدي

7. رقم الهاتف

8. اسم المؤسسة

9. رقم الهوية (إن وجد)

بتوقيعك، أنت تسمح لهذا الشخص أن يوقع الطلب، ويحصل على معلومات حول هذا الطلب، ويتصرف نيابة عنك في كل الأمور المستقبلية المتعلقة بهذا الطلب.

10. توقيع الشخص رقم 1 المدرج في هذا الطلب

11. تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)





أسئلة حول تغييرات في الحياه

(يجب عليك أن تستكمل باقي هذا الطلب بالإضافة إلى هذه الصفحة. لا تسلّم هذه الصفحة وحدها.)

إذا تعرض أي فرد في هذا الطلب لأي تغييرات معينة في الحياه في غضون الـ 60 يوم الماضية، املا الأسئلة التالية. تسمح بعض التغييرات في الحياه ببدء التغطية عن طريق سوق التأمين الصحي في الحال. نحن نوصيك أيضًا بالإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بعد انتهاء فترة التسجيل السنوي المفتوح وقبل بدء فترة التسجيل السنوي المفتوح التالي.

هذه الأسئلة اختيارية إذا لم تتغير ظروف حياتك، يمكنك ترك الأسئلة فارغة. ويمكنك التسجيل في برنامج Medicaid (ميديكيد) وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) (تشيبي) في أي وقت خلال العام حتى لو لم تتعرض لتغييرات في الحياه. يمكن لأفراد القبائل المعترف بها فدراليًا ومساهمي الاسكا الأصليين التسجيل في التغطية من خلال سوق العمل في أي وقت من العام.

أخبرنا حول التغييرات في بيتك.

1. هل فقد أي فرد التغطية الصحية المؤهل لها في الـ 60 يوم الماضية، أو توقع فقدان التغطية الصحية المؤهل لها في الـ 60 يوم التالية؟

الاسماء	
التاريخ الذي انتهت فيه التغطية أو ستنتهي فيه (شهر/يوم/سنة)	
<input type="checkbox"/> أشر هنا إذا كانت التغطية انتهت بسبب عدم دفع الأقساط.	

2. هل تزوج أي فرد في الـ 60 شهر الماضية؟

الاسماء	
التاريخ (شهر/يوم/سنة)	

3. هل خسر أي فرد من الحبس (الاعتقال أو السجن) في الـ 60 يوم الماضية؟

الاسماء	
التاريخ (شهر/يوم/سنة)	

4. هل اكتسب أي فرد حالة هجرة شرعية في الـ 60 يوم الماضية؟

الاسماء	
التاريخ (شهر/يوم/سنة)	

5. هل تم تبني أي فرد، أو أدرج للتبني، أو أدرج في حضانه في الـ 60 يوم الماضية؟

الاسماء	
التاريخ (شهر/يوم/سنة)	

6. هل أصبح أي معيل بسبب دعم الأطفال أو غيرها من قرارات المحكمة في الـ 60 يوم الماضية؟

الاسماء	
التاريخ (شهر/يوم/سنة)	

7. هل غير أي فرد من مكان معيشته الرئيسي في الـ 60 يوم الماضية؟

الاسماء	
تاريخ الانتقال (شهر/يوم/سنة)	

ما هو الرمز البريدي لعنوانك السابق؟ املا هنا إذا كنت انتقلت من دولة أجنبية أو أراضي الولايات المتحدة.

--

a. هل امتك أي فرد من هؤلاء الناس تغطية صحية مؤهلة في أي وقت في الـ 60 يوم الماضية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، أدخل اسمه (اسمائهم) أدناه:

الاسماء

--