



স্বাস্থ্য কভারেজ এবং খরচে সাহায্যের জন্য আবেদন পত্র

Form Approved
OMB No. 0938-1213অনলাইনে দ্রুততর আবেদন করুন এখানে HealthCare.gov

আপনি কোন কভারেজ এর জন্য উপযুক্ত দেখতে এই আবেদনপত্রটি ব্যবহার করুন

- সাশ্রয়ী মূল্যের ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমা পরিকল্পনা যা আপনাকে ভালো থাকতে সাহায্য করার জন্য সর্বাঙ্গীণ কভারেজ প্রস্তাব।
- একটি নতুন ট্যাক্স ক্রেডিট যা অবিলম্বে আপনার প্রিমিয়াম পরিশোধ করতে সাহায্য করতে পারে স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য।
- বিনামূল্যে অথবা কম-খরচে মেডিকেল থেকে কভারেজ অথবা শিশুদের স্বাস্থ্য বীমা প্রোগ্রাম (CHIP)। আপনি হয়তো একটি বিনামূল্যে অথবা কম-খরচ প্রোগ্রাম এর জন্য উপযুক্ত হতে পারেন, এমনকি আপনি যদি \$৯,২০০ এর বেশি আয় করেন এক বছরে (৪ জনের একটি পরিবারের জন্য)।



কারা এই আবেদন পত্রটি ব্যবহার করতে পারেন?

- আপনার পরিবারের কারো জন্য আবেদন করতে এই আবেদন পত্রটি ব্যবহার করুন।
- আবেদন করুন এমনকি যদি আপনি অথবা আপনার সন্তানের ইতিমধ্যে স্বাস্থ্য কভারেজ রয়েছে। কম-খরচ অথবা বিনামূল্যে কভারেজের জন্য আপনি উপযুক্ত হতে পারেন।
- আপনি যদি একক হন, তাহলে আপনি হয়তো একটি সংক্ষিপ্ত ফর্ম ব্যবহার করতে সক্ষম হতে পারেন। দেখুন HealthCare.gov।
- যেসব পরিবারে অভিবাসীরা অন্তর্ভুক্ত আবেদন করতে পারেন। আপনি আপনার সন্তানের জন্য আবেদন করতে পারেন এমনকি যদি আপনি কভারেজের জন্য যোগ্য না হন। আবেদন করা আপনার অভিবাসন অবস্থা বা স্থায়ী বাসিন্দা বা নাগরিক হওয়ার সম্ভাবনাকে প্রভাবিত করবে না।
- যদি কেউ আপনাকে এই আবেদন পত্রটি পূরণ করতে সাহায্য করে থাকে, আপনাকে হয়তো পরিশিষ্ট C সম্পন্ন করতে হতে পারে।



আবেদন করার জন্য আপনার কি প্রয়োজন হতে পারে

- সোশ্যাল সিকিউরিটি নাম্বার (অথবা যে কোন যোগ্য অভিবাসীদের নথি নাম্বার যার কভারেজ প্রয়োজন)।
- আপনার পরিবারের প্রত্যেকের জন্য নিয়োগকর্তা এবং উপার্জন তথ্য (উদাহরণস্বরূপ, বেতন নিবন্ধনমূহ, W-2 ফর্ম, বা মজুরি এবং ট্যাক্স বিবৃতি থেকে)।
- যে কোন বর্তমান স্বাস্থ্য বীমার নীতি নাম্বার।
- আপনার পরিবারের জন্য লভ্য যে কোন কাজ-সংক্রান্ত স্বাস্থ্য বীমা তথ্য।



আমরা কেন এই তথ্যগুলো জিজ্ঞেস করি?

আপনি কোন কভারেজের জন্য যোগ্য তা জানাতে আমরা আয় এবং অন্যান্য তথ্য সম্পর্কে জিজ্ঞেস করি এবং যদি আপনি পরিশোধের জন্য কোন সাহায্য পেতে পারেন। **আপনার সমস্ত তথ্য আমরা ব্যক্তিগত এবং নিরাপদ রাখব, যেভাবে আইনত প্রয়োজন।** গোপনীয়তা আইন বিবৃতি দেখতে, দেখুন HealthCare.gov অথবা নির্দেশাবলীগুলো দেখুন।



এরপর কি হবে?

আপনার সম্পন্ন, সাক্ষর করা আবেদন পত্রটি পূর্থা ৭ এর ঠিকানাতে পাঠিয়ে দিন। **যদি আপনার কাছে সমস্ত তথ্য না থাকে যা আমরা জিজ্ঞেস করেছি, সাক্ষর করুন এবং যেভাবেই হোক আবেদন পত্রটি জমা দিন।** আমরা ১-২ সপ্তাহের মধ্যে আপনার সাথে যোগাযোগ করবো, এবং আপনি হয়তো মার্কেটপ্লেস থেকে একটি কল পেতে পারেন যদি আমাদের আরো তথ্য প্রয়োজন হয়। আপনি মেইলে একটি যোগ্যতা নিরূপণ চিঠি পাবেন আপনার আবেদন প্রক্রিয়া সম্পন্ন হবার পর। যদি আপনি আমাদের কাছ থেকে কিছু শুনতে না পান, মার্কেটপ্লেস কল কেন্দ্রে যোগাযোগ করুন। এই আবেদন পত্রটি পূরণ করার অর্থ এই নয় যে আপনাকে স্বাস্থ্য কভারেজ কিনতে হবে



এই আবেদন পত্রের মাধ্যমে সাহায্য নিন

- **অনলাইন:** HealthCare.gov।
- **ফোন:** মার্কেটপ্লেস কল কেন্দ্রে ফোন করুন এখানে 1-800-318-2596. TTY ব্যবহারকারীরা কল করুন 1-855-889-4325.
- **ব্যক্তিগত ভাবে:** আপনার এলাকাতো পরামর্শদাতা থাকতে পারেন যিনি সাহায্য করতে পারবেন। দেখুন HealthCare.gov, অথবা আরো তথ্য পেতে মার্কেটপ্লেস কল কেন্দ্রে ফোন করুন এখানে 1-800-318-2596।
- **অন্যান্য ভাষা:** যদি ইংলিশ ছাড়া অন্য একটি ভাষায় আপনার সাহায্যের প্রয়োজন হয়, কল করুন 1-800-318-2596 এবং গ্রাহক পরিষেবা প্রতিনিধিকে আপনার প্রয়োজনীয় ভাষা বলুন। আমরা আপনাকে বিনা খরচে সাহায্য প্রদান করবো।

আপনার অধিকার আছে এই পণ্যটি সম্পর্কে একটি বিকল্প বিন্যাসে তথ্য পাওয়ার। আপনার আরো অধিকার আছে একটি অভিযোগ দায়ের করার যদি আপনি মনে করেন আপনি বৈষম্যের শিকার হয়েছেন। দেখুন www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, অথবা মার্কেটপ্লেস কল কেন্দ্রে কল করুন এখানে 1-800-318-2596 আরো তথ্য এর জন্য। TTY ব্যবহারকারীরা কল করুন 1-855-889-4325.



অনুগ্রহ করে শুধুমাত্র কালো বা গাঢ় নীল কালি ব্যবহার করে বড় অক্ষরে মুদ্রণ করুন .
বৃত্তগুলো (○) এভাবে পূরণ করুন → ●.

ধাপ 1: আপনার সম্পর্কে বলুন

(আমাদের আপনার পরিবার থেকে একজন প্রাপ্তবয়স্ক প্রয়োজন আপনার আবেদন পত্রের জন্য যোগাযোগের ব্যক্তি হিসেবে।)

1. প্রথম নাম	মধ্যবর্তী নাম	শেষের নাম	প্রত্যয়
2. বাড়ীর ঠিকানা (খালি রাখুন যদি আপনার একটি না থাকে।)			
3. অ্যাপার্টমেন্ট বা সুট সংখ্যা			
4. শহর	5. রাষ্ট্র	6. জিপ কোড	7. কাউন্টি, প্যারিশ, বা জনপদ
8. চিঠি পাঠাবার ঠিকানা (যদি বাড়ীর ঠিকানা থেকে ভিন্ন হয়)			9. অ্যাপার্টমেন্ট বা সুট সংখ্যা
10. শহর	11. রাষ্ট্র	12. জিপ কোড	13. কাউন্টি, প্যারিশ, বা জনপদ
14. দিনের ফোন নাম্বার () - -		15. সাক্ষ্য ফোন নম্বর () - -	
16. আপনি ইমেল দ্বারা এই অ্যাপ্লিকেশন সম্পর্কে তথ্য পেতে চান?..... <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না			
ই-মেল ঠিকানা: _____			
17. আপনার পছন্দের কথ্য ভাষা কি? আপনার পছন্দের লেখা ভাষা কি? _____			

ধাপ 2: আপনার পরিবার সম্পর্কে আমাদের বলুন।

এই আবেদন পত্রে আপনার কাকে অন্তর্ভুক্ত করা প্রয়োজন?

আপনার পরিবার এবং পরিবারের প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য ধাপ ২ পৃষ্ঠাগুলো সম্পূর্ণ করুন, এমনকি যদি তাদের ইতিমধ্যে স্বাস্থ্য কভারেজ থেকে থাকে। এই আবেদন পত্রের তথ্য গুলো আমাদের সাহায্য করে প্রত্যেকের জন্য সবচেয়ে ভালো কভারেজ নিশ্চিত করতে। সাহায্যের পরিমাণ অথবা প্রোগ্রামের ধরণের জন্য আপনার যোগ্যতা আপনার পরিবারের লোকসংখ্যা এবং তাদের উপার্জনের উপর ভিত্তি করে নির্ধারণ করা হয়। আপনি যদি কাউকে অন্তর্ভুক্ত না করেন, এমনকি যদি তাদের ইতিমধ্যে স্বাস্থ্য কভারেজ থাকে, আপনার যোগ্যতার ফলাফল প্রভাবিত হতে পারে।

প্রাপ্তবয়স্কদের কাদের কভারেজ প্রয়োজন:

এমনকি যদি কেউ তাদের নিজেদের স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য আবেদন করছে না তাদের অন্তর্ভুক্ত করুন:

- কোন স্ত্রী
- কোন ছেলে বা মেয়ে 21 বছরের কম বয়সী তারা একসাথে বাস করে, সং ছেলে-মেয়ে সহ
- একই আয়কর রিটার্ন এর সাথে জড়িত অন্য কোন ব্যক্তি (কোন ২১ বছরের বেশী বয়সের সন্তান যাকে পিতা বা মাতার ট্যাক্স রিটার্ন এর উপর দাবি করা হয়)। আপনার স্বাস্থ্য কভারেজ পেতে ট্যাক্স ফাইল করবার প্রয়োজন নেই।

21 বছরের কম বয়সী শিশুদের জন্য যাদের কভারেজ প্রয়োজন

এমনকি যদি কেউ তাদের নিজেদের স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য আবেদন করছে না তাদের অন্তর্ভুক্ত করুন:

- কোন পিতামাতা (অথবা সং পিতামাতা) তাদের সাথে বাস করে
- কোন সহোদর তাদের সাথে বাস করে
- কোন ছেলে বা মেয়ে তাদের সাথে বাস করে, সংছেলেমেয়ে অন্তর্ভুক্ত
- একই রাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন এর সাথে জড়িত অন্য কোন ব্যক্তি। আপনার স্বাস্থ্য কভারেজ পেতে ট্যাক্স ফাইল করবার প্রয়োজন নেই।

আপনার পরিবারের প্রত্যেক ব্যক্তির জন্য ধাপ ২ সম্পন্ন করুন।

আপনাকে দিয়ে আরম্ভ করুন, তারপর অন্যান্য প্রাপ্তবয়স্ক এবং শিশুদের। আপনার পরিবারে যদি ২ জনের বেশি লোক থাকে, আপনার পৃষ্ঠাগুলো কপি করার এবং সংযুক্ত করার প্রয়োজন হবে।

পরিবারের যেসব সদস্যদের জন্য স্বাস্থ্য কভারেজের প্রয়োজন নেই আপনাকে তাদের অভিবাসন অবস্থা বা সোশ্যাল সিকিউরিটি নাম্বার (এসএসএন) প্রদান করবার প্রয়োজন নেই। আপনার সমস্ত তথ্য আমরা ব্যক্তিগত এবং নিরাপদ রাখব, যেভাবে আইনত প্রয়োজন। আমরা ব্যক্তিগত তথ্য ব্যবহার করবো শুধুমাত্র যদি স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য আপনার যোগ্যতা চেক করতে।



ধাপ 2: ব্যক্তি 1 (আপনাকে দিয়ে আরম্ভ করুন।)

আপনার নিজের জন্য ধাপ ২ পূরণ করুন, আপনার স্ত্রী/পার্টনার এবং সন্তানরা যারা আপনার সাথে বাস করে, এবং/অথবা আপনি যদি ফাইল করে থাকেন অন্য কেউ আপনার একই রাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন এর সাথে যুক্ত। কাকে অন্তর্ভুক্ত করা যায় এই ব্যাপারে আরো তথ্য এর জন্য পৃষ্ঠা ১ দেখুন। যদি আপনি আয়কর রিটার্ন ফাইল না করে থাকেন, এখনও পরিবারের সদস্যরা যারা আপনার সাথে বাস করে যোগ করতে স্মরণ রাখুন।

1. প্রথম নাম মধ্যবর্তী নাম শেষের নাম প্রত্যয়

2. ব্যক্তি ১ এর সাথে সম্পর্ক? **নিজ** 3. আপনি কি বিবাহিত? হ্যাঁ না 4. জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর) _____/_____/_____ 5. লিঙ্গ পুরুষ মহিলা

6. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (এসএসএন) _____-_____-_____

★ যদি আপনি স্বাস্থ্য কভারেজ চালু আমাদের একটি সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (এসএসএন) প্রয়োজন এবং একটি এসএসএন আছে অথবা একটি পেতে পারেন। আমরা এসএসএন ব্যবহার করি আয় এবং অন্যান্য তথ্য চেক করি দেখতে যে স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য পরিশোধ কে কে সহায়তা পাওয়ার যোগ্য। যদি একটি এসএসএন পেতে আপনার সহায়তার প্রয়োজন হয়, দেখুন socialsecurity.gov, অথবা কল করুন সোশ্যাল সিকিউরিটি 1-800-772-1213. TTY ব্যবহারকারীরা কল করুন 1-800-325-0778.

7. আপনি কি আগামী বছর রাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন ফাইল করার পরিকল্পনা করছেন? এমনকি যদি আপনি রাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন ফাইল না করে থাকেন আপনি এখনও কভারেজের জন্য আবেদন করতে পারেন।

হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ, অনুগ্রহ করে প্রশ্নগুলো ক-গ উত্তর করুন। না. যদি না, গ প্রশ্নে চলে যান।

a. আপনি কি স্ত্রীর সাথে যৌথভাবে ফাইল করবেন? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ, স্ত্রীর নাম লিখুন: _____

b. আপনি কি আপনার ট্যাক্স রিটার্ন এর উপর কোনো নির্ভরশীলদের দাবি করবেন? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ, এই তালিকায় নির্ভরশীলদের নাম (গুলে 1) লিখুন: _____

c. আপনাকে কি অন্য কারো ট্যাক্স রিটার্ন এ নির্ভরশীল হিসেবে দাবী করা হবে? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ, অনুগ্রহ করে ট্যাক্স ফাইল করা ব্যক্তির নাম তালিকাবদ্ধ করুন: ট্যাক্স ফাইল করা ব্যক্তির সাথে আপনি কিভাবে সম্পর্কিত? _____

8. আপনি কি গর্ভবতী? Yes No a. যদি হ্যাঁ, এই গর্ভাবস্থায় আপনি কতজন শিশু আশা করছেন? _____

9. আপনার কি স্বাস্থ্য কভারেজ প্রয়োজন? এমনকি যদি আপনার স্বাস্থ্য কভারেজ থাকে, সেখানে ভালো কভারেজ অথবা স্বল্প খরচের সাথে একটি প্রোগ্রাম হতে পারে।

হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ, নিম্নের সবগুলো প্রশ্নের উত্তর করুন। না. যদি না, পৃষ্ঠা ৩ এর আয় সংক্রান্ত প্রশ্নগুলো এড়িয়ে যান। এই পৃষ্ঠার বাকি অংশগুলো খালি রেখে দিন।

10. আপনার কি একটি শারীরিক, মানসিক, বা মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থা আছে যা কার্যক্রম সীমাবদ্ধতার কারণ হয়েছে (যেমন গোছল, ড্রেসিং, দৈনন্দিন কাজকর্ম, ইত্যাদি) অথবা চিকিৎসা সুবিধা বা নার্সিংহোমে থাকেন? হ্যাঁ না

11. আপনি কি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয়তা পেয়েছেন? হ্যাঁ না

12. আপনি কি একজন নেচারালাইজড অথবা উদ্ভূত নাগরিক? (এটা সাধারণত অর্থ করে আপনি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে জন্মগ্রহণ করেছেন।)

হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ, ক এবং খ পূরণ করুন। না. যদি না, প্রশ্ন ১৩ তে অব্যাহত রাখুন

a. এলিয়েন নম্বর: _____ b. প্রশংসাপত্র নম্বর: _____

আপনি ক এবং খ সম্পূর্ণ করার পর, ১৪ নম্বর প্রশ্নে চলে যান।

13. আপনি যদি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয়তা না হন, তাহলে আপনার কোন যোগ্য অভিবাসন অবস্থা আছে কি? হ্যাঁ. নথি প্রকার এবং আইডি নম্বর লিখুন। নির্দেশমালা দেখুন।

অভিবাসন নথি প্রকার _____ স্ট্যাটাস টাইপ (ট্রিচ্চিক) _____ আপনার নাম লিখুন যেভাবে এটি আপনার অভিবাসন নথিতে প্রদর্শিত হয় _____

আপনার নাম লিখুন যেভাবে এটি আপনার অভিবাসন নথিতে প্রদর্শিত হয় _____ কার্ড নম্বর অথবা পাসপোর্ট নম্বর _____

সেভিস আইডি বা মেয়াদ শেষের তারিখ (ট্রিচ্চিক) _____ অন্যান্য (ক্যাটাগরি কোড বা ইস্যুর দেশ) _____

a. আপনি কি ১৯৯৬ সাল থেকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে বসবাস করছেন? হ্যাঁ না
b. আপনি, বা আপনার স্ত্রী বা পিতামাতা, একজন যুদ্ধপ্রবীণ অথবা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীর একজন সক্রিয় কর্তব্যরত সদস্য? হ্যাঁ না

14. আপনি কি গত ৩ মাসের চিকিৎসা বিল পরিশোধের জন্য সাহায্য চান? হ্যাঁ না

15. আপনি কি কমপক্ষে ১৯ বছরের কম বয়সী অন্তত একজন সন্তানের সাথে বসবাস করেন, এবং আপনি কি মূল ব্যক্তি যে এই সন্তানের দেখাশুনা করেন? (হ্যাঁ নির্বাচন করুন যদি আপনি বা আপনার স্ত্রী এই সন্তানের দেখাশুনা করেন।) হ্যাঁ না

16. আপনার পরিবারে আপনার সাথে ১৯ বছরের নিচে কোন সন্তান বাস করলে তার নামগুলো এবং সম্পর্ক বলুন: _____

17. আপনি কি একজন পুরো-সময় শিক্ষার্থী? হ্যাঁ না 18. আপনি কি ১৮ বছর বা অধিক বয়সে পালিত কেন্দ্রে ছিলেন? হ্যাঁ না

ট্রিচ্চিক: (পূরণ করুন যা সব প্রযোজ্য।) 20. জাতি: সাদা কালো অথবা আফ্রিকান আমেরিকান আমেরিকান ইন্ডিয়ান অথবা আলাস্কা নেটিভ ফিলিপিনো জাপানিজ কোরিয়ান এশিয়ান ইন্ডিয়ান চাইনিজ ভিএতনামিজ অন্যান্য এশিয়ান নেটিভ হাওয়াইয়ান গুয়ামানিয়ান বা চামোরো সামোয়ান অন্যান্য

প্যাসিফিক দ্বীপবাসী অন্যান্য _____

? আপনার আবেদন পত্রে সাহায্য প্রয়োজন? (দেখুন HealthCare.gov, অথবা কল করুন এখানে 1-800-318-2596. যদি আপনার ইংলিশ ছাড়া অন্য কোন ভাষায় সাহায্যের প্রয়োজন হয়, কল করুন 1-800-318-2596 এবং গ্রাহক পরিষেবা প্রতিনিধিকে বলুন আপনার কোন ভাষা প্রয়োজন। আমরা আপনাকে বিনা খরচে সাহায্য প্রদান করবো। TTY ব্যবহারকারীরা কল করুন 1-855-889-4325.



ধাপ 2: ব্যক্তি 1 (নিজের কথা চালিয়ে যান।)

বর্তমান কাজ এবং আয়ের তথ্য

- নিযুক্তি: যদি আপনি বর্তমানে কর্মরত থাকেন, আপনার উপার্জন সম্পর্কে বলুন। প্রশ্ন ২১ দিয়ে শুরু করুন।
- নিযুক্ত নয়: ৩১ নম্বর প্রশ্নে চলে যান।
- আত্মকর্মসংস্থান: 30 নম্বর প্রশ্নে চলে যান।

বর্তমান কাজ 1:

21. নিয়োগকর্তার নাম

a. নিয়োগকর্তার ঠিকানা

b. শহর

c. রাষ্ট্র

d. জিপ কোড

22. নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর
 (____) _____ - _____

23. মজুরী/ টিপস (ট্যাক্সের আগে) ঘন্টায় সাপ্তাহিকভাবে প্রতি ২ সপ্তাহে প্রতি ২ মাসে এক মাসে দুবার মাসিক বাৎসরিক

24. ঘন্টায় প্রতি সপ্তাহে গড় কাজ

বর্তমান কাজ 2: (যদি আপনার অতিরিক্ত কাজ থাকে এবং আরো জায়গার প্রয়োজন হয়, আরেকটি কাগজ সংযুক্ত করুন।)

25. নিয়োগকর্তার নাম

a. নিয়োগকর্তার ঠিকানা

b. শহর

c. রাষ্ট্র

d. জিপ কোড

26. নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর
 (____) _____ - _____

27. মজুরী/ টিপস (ট্যাক্সের আগে) ঘন্টায় সাপ্তাহিকভাবে প্রতি ২ সপ্তাহে প্রতি ২ মাসে এক মাসে দুবার মাসিক বাৎসরিক

28. ঘন্টায় প্রতি সপ্তাহে গড় কাজ

29. গত বছরে, আপনি কি: কাজ পরিবর্তন কাজ স্থগিত কম ঘন্টা কাজ করা শুরু এগুলোর কোনটাই নয়

30. যদি স্বনিযুক্ত, ক এবং খ উত্তর করুন

a. কাজের ধরন: _____

b. এই মাসে আত্মকর্মসংস্থানের থেকে আপনি নেট আয় (একবার ব্যবসায়িক খরচ দেওয়ার পরের লাভ) কত পাবেন? \$ _____
 নির্দেশমালা দেখুন।

31. অন্যান্য আয় আপনি এই মাসে পাবেন: রপ করুন যা সবগুলো প্রযোজ্য, এবং পরিমাণ দিন এবং কত ঘন ঘন আপনি এটি পেতে পারেন। যদি কিছু না থাকে এখানে পূরণ করুন। উল্লেখ্য: আমাদের আপনার বলার প্রয়োজন নেই চাইল্ড সাপোর্ট, যুদ্ধপ্রবীণ প্রদত্ত অর্থ, অথবা প্রাসঙ্গিক নিরাপত্তা আয় (এসএসআই) থেকে প্রাপ্ত আয় সম্পর্কে।

<input type="radio"/> বেকারত্ব	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____	<input type="radio"/> খোরপোষ প্রাপ্তি	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____
<input type="radio"/> পেনশন	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____	<input type="radio"/> নেট চাষ / মাছধরা	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____
<input type="radio"/> সোশ্যাল সিকিউরিটি	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____	<input type="radio"/> নেট ভাড়া / রাজপদ	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____
<input type="radio"/> অবসর অ্যাকাউন্ট	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____	<input type="radio"/> অন্যান্য আয়	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____

ধরন: _____

32. বিয়োজন: রপ করুন যা সবগুলো প্রযোজ্য, এবং পরিমাণ দিন এবং কত ঘন ঘন আপনি পরিশোধ করেন। যদি আপনি নির্দিষ্ট কিছু জিনিসের জন্য পরিশোধ করেন যা যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন থেকে কাটা যেতে পারে, তাদের সম্পর্কে আমাদের বললে স্বাস্থ্য কভারেজ খরচ কিছু কম হতে পারে। উল্লেখ্য: আপনার চাইল্ড সাপোর্ট অন্তর্ভুক্ত করা উচিত নয় যা আপনি পরিশোধ করেন, অথবা একটি খরচ যা ইতিমধ্যে আপনার নেট আত্মকর্মসংস্থানের খরচের মধ্যে বিবেচিত (প্রশ্ন ৩০খ)।

<input type="radio"/> খোরপোষ দেওয়া	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____	<input type="radio"/> অন্যান্য বিয়োজন	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____
<input type="radio"/> ছাত্র ঋণের সুদের হার	\$ _____	কত ঘন ঘন? _____	ধরন: _____		

33. যদি আপনার আয় এই বছরে পরিবর্তন হয় এই প্রশ্ন পূরণ করুন, যেমন যদি আপনি শুধুমাত্র বছরের কিছু অংশের জন্য একটি কর্মক্ষেত্রে কাজ করলেন অথবা নির্দিষ্ট মাসের জন্য সুবিধা গ্রহণ করলেন। যদি আপনি আপনার মাসিক আয়ে পরিবর্তন আশা না করেন, পরবর্তী ব্যক্তিতে চলে যান। ➔

আপনার এই বছরের সর্বমোট আয় \$ _____

আপনার আগামী বছরের সর্বমোট আয় (যদি আপনি মনে করেন এটা ভিন্ন হবে) \$ _____

ধন্যবাদ! এইগুলোই আপনার সম্পর্কে আমাদের জানা প্রয়োজন।



ধাপ 2: ব্যক্তি 2

উল্লেখ্য: যদি এই ব্যক্তির স্বাস্থ্য কভারেজের প্রয়োজন না হয়, এই পৃষ্ঠার ১-১০ প্রশ্নগুলোই শুধু উত্তর করুন। ৪-৫ পৃষ্ঠাগুলো কপি করুন যদি সেখানে আপনার পরিবারে ২ জনের বেশি সদস্য থাকে।

এই পৃষ্ঠাটি পূরণ করুন আপনার স্ত্রী/পার্টনার এবং সন্তানরা যারা আপনার সাথে বাস করে তাদের জন্য, এবং/অথবা আপনি যদি ফাইল করে থাকেন অন্য কেউ আপনার একই রাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন এর সাথে যুক্ত। যদি আপনি আয়কর রিটার্ন ফাইল না করে থাকেন, এখনও পরিবারের সদস্যরা যারা আপনার সাথে বাস করে যোগ করতে স্বাগত রাখুন। কাকে অন্তর্ভুক্ত করা যায় এই ব্যাপারে আরো তথ্য এর জন্য পৃষ্ঠা ১ দেখুন।

1. প্রথম নাম	মধ্যবর্তী নাম	শেষের নাম	প্রত্যয়

2. ব্যক্তি ১ এর সাথে সম্পর্ক? নির্দেশমালা দেখুন।	3. ব্যক্তি ২ কি বিবাহিত? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না	4. জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)?	5. লিঙ্গ <input type="radio"/> পুরুষ <input type="radio"/> মহিলা

6. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (এসএসএন) - - ★ আমাদের এটা প্রয়োজন যদি আপনি ব্যক্তি ২ এর জন্য স্বাস্থ্য কভারেজ চান, ব্যক্তি ২ এর একটি এসএসএন আছে।

7. ব্যক্তি ২ কি ব্যক্তি ১ এর মত একই ঠিকানাতে বাস করেন? হ্যাঁ না
যদি না, ঠিকানা তালিকাভুক্ত করুন:

8. ব্যক্তি ২ কি আগামী বছর যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন ফাইল করার পরিকল্পনা করছেন? (আপনি এখনও কভারেজের জন্য আবেদন করতে পারেন এমনকি যদি ব্যক্তি ২ যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন ফাইল না করে।) হ্যাঁ, যদি হ্যাঁ, অনুগ্রহ করে প্রশ্নগুলো ক-গ উত্তর করুন। না, যদি না, প্রশ্ন গ তে চলে যান।

a. ব্যক্তি ২ কি স্ত্রীর সাথে যৌথভাবে ফাইল করবেন? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ, স্ত্রীর নাম লিখুন:

b. ব্যক্তি ২ কি তার আয়কর রিটার্নে কোন নির্ভরশীল দাবী করবেন? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ, নির্ভরশীলদের নাম (গুলে 1) তালিকাভুক্ত করুন:

c. ব্যক্তি ২ কে কি অন্য কারো ট্যাক্স রিটার্ন এ নির্ভরশীল হিসেবে দাবী করা হবে? হ্যাঁ না
যদি হ্যাঁ, অনুগ্রহ করে ট্যাক্স ফাইল করা ব্যক্তির নাম তালিকাভুক্ত করুন: ট্যাক্স ফাইল করা ব্যক্তির সাথে ব্যক্তি ২ কিভাবে সম্পর্কিত?

9. ব্যক্তি ২ কি গর্ভবতী? হ্যাঁ না a. যদি হ্যাঁ, এই গর্ভাবস্থায় কতজন শিশু আশা করছেন?

10. ব্যক্তি ২ এর কি স্বাস্থ্য কভারেজ প্রয়োজন? (এমনকি যদি ব্যক্তি ২ এর স্বাস্থ্য কভারেজ থাকে, সেখানে ভালো কভারেজ অথবা স্বল্প খরচের সাথে একটি প্রোগ্রাম হতে পারে।)
 হ্যাঁ, যদি হ্যাঁ, নিম্নের সব প্রশ্নগুলোর উত্তর করুন। ⬇️ না, যদি না, পৃষ্ঠা ৫ এর আয়ের প্রশ্নগুলোতে চলে যান। এই পৃষ্ঠার বাকি অংশগুলো খালি রাখুন। ➡️

11. ব্যক্তি ২ এর কি একটি শারীরিক, মানসিক, বা মানসিক স্বাস্থ্যের অবস্থা আছে যা কার্যক্রম সীমাবদ্ধতার কারণ হয়েছে (যেমন গোছল, ডেসিং, দৈনন্দিন কাজকর্ম, ইত্যাদি)। অথবা চিকিৎসা সুবিধা বা নার্সিংহোমে থাকেন? হ্যাঁ না

12. ব্যক্তি ২ কি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয়তা পেয়েছেন? হ্যাঁ না

13. ব্যক্তি ২ কি একজন নেচারালাইজড অথবা উদ্ভূত নাগরিক? (এটা সাধারণত অর্থ করে আপনি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে জন্মগ্রহণ করেছেন।)
 হ্যাঁ, যদি হ্যাঁ, ক এবং খ সম্পূর্ণ করুন। না, যদি না, প্রশ্ন ১৪ অব্যাহত রাখুন।

a. এলিয়েন নম্বর b. প্রশংসাপত্র নম্বর ক এবং খ সম্পূর্ণ করার পর, প্রশ্ন ১৫ তে চলে যান।

14. যদি ব্যক্তি ২ একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয়তা না হন, তাহলে আপনার কোন যোগ্য অভিবাসন অবস্থা আছে কি? হ্যাঁ, নথি প্রকার এবং আইডি নম্বর লিখুন। নির্দেশমালা দেখুন।

অভিবাসন নথি প্রকার: স্ট্যাটাস টাইপ (ঐচ্ছিক): ব্যক্তি ২ এর নাম লিখুন যেভাবে তাদের অভিবাসন নথিতে প্রদর্শিত আছে।

এলিয়েন অথবা আই-৯৪ নম্বর কার্ড নম্বর অথবা পাসপোর্ট নম্বর

সেভিস আইডি অথবা মেয়াদউত্তীর্ণের তারিখ (ঐচ্ছিক) অন্যান্য (ক্যাটাগরি কোড বা ইস্যুর দেশ)

a. ব্যক্তি ২ কি ১৯৯৬ সাল থেকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে বসবাস করছেন? হ্যাঁ না
b. ব্যক্তি ২, বা ব্যক্তি ২ এর স্ত্রী বা পিতামাতা, একজন যুদ্ধপ্রবীণ অথবা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীর একজন সক্রিয় কর্তব্যরত সদস্য? হ্যাঁ না

15. ব্যক্তি ২ কি গত ৩ মাসের চিকিৎসা বিল পরিশোধের জন্য সাহায্য চান? হ্যাঁ না

16. ব্যক্তি ২ কি কমপক্ষে ১৯ বছরের কম বয়সী অন্তত একজন সন্তানের সাথে বসবাস করেন, এবং ব্যক্তি ২ কি মূল ব্যক্তি যে এই সন্তানের দেখাশুনা করেন?(হ্যাঁ নির্বাচন করুন যদি ব্যক্তি ২ বা তার স্ত্রী এই সন্তানের দেখাশুনা করেন।) হ্যাঁ না

17. আমাদের নামগুলো এবং সম্পর্ক বলুন ১৯ বছরের নিচে যে ছেলেমেয়ে ব্যক্তি ২ এর পরিবারের সাথে বাস করে: (এইগুলো একই সন্তান হতে পারে যারা পৃষ্ঠা ২ তে তালিকাভুক্ত।)

18. ব্যক্তি ২ কি ১৮ বছর বা অধিক বয়সে পালিত কেন্দ্রে ছিলেন? হ্যাঁ না

অনুগ্রহ করে এই প্রশ্নগুলো উত্তর করুন যদি ব্যক্তি ২ ২২ বছর বা অধিক বয়স হয়:

19. ব্যক্তি ২ এর কি কাজ থেকে বীমা ছিল এবং গত ৩ মাসের মধ্যে তা হারিয়েছিল? হ্যাঁ না
a. যদি হ্যাঁ, শেষের তারিখ: b. বীমা শেষ হওয়ার কারণ:

20. ব্যক্তি ২ কি একজন পুরো-সময় শিক্ষার্থী? হ্যাঁ না

ঐচ্ছিক: 22. জাতি: সাদা কালো অথবা আফ্রিকান আমেরিকান আমেরিকান ইন্ডিয়ান অথবা আলাস্কা নেটিভ ফিলিপিনো জাপানিজ কোরিয়ান
 এশিয়ান ইন্ডিয়ান চাইনিজ ভিএতনামিজ অন্যান্য এশিয়ান নেটিভ হাওয়াইয়ান গুয়ামালিয়ান বা চামোরো সামোয়ান
 অন্যান্য প্যাসিফিক দ্বীপবাসী অন্যান্য

(পূরণ করুন যা সব প্রযোজ্য।)



ধাপ 2: ব্যক্তি 2

ব্যক্তি ২ কোন আয় পায় সম্পর্কে আমাদের বলুন।
এই পৃষ্ঠাটি সম্পূর্ণ করুন এমনকি যদি ব্যক্তি ২ এর স্বাস্থ্য কভারেজ প্রয়োজন না হয়।

বর্তমান কাজ এবং আয়ের তথ্য

নিয়ুক্তি: ব্যক্তি ২ যদি বর্তমানে কর্মজীবী হয়, আমাদের তার/তার আয় সম্পর্কে বলুন। প্রশ্ন ২৩ দিয়ে শুরু করুন।

নিযুক্ত নয়:
৩৩ নম্বরে চলে যান।

আল্পকর্মসংস্থান:
প্রশ্ন ৩২ এ চলে যান।

বর্তমান কাজ 1:

23. নিয়োগকর্তার নাম

a. নিয়োগকর্তার ঠিকানা

b. শহর

c. রাষ্ট্র

d. জিপ কোড

24. নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর

25. মজুরী/ টিপস (ট্যাক্সের আগে)

ঘন্টায়

সাপ্তাহিকভাবে প্রতি ২ সপ্তাহে

26. ঘন্টায় প্রতি সপ্তাহে গড় কাজ

\$

এক মাসে দুবার

মাসিক বাৎসরিক

বর্তমান কাজ 2: (যদি ব্যক্তি ২ এর অতিরিক্ত কাজ থাকে, আরেকটি কাগজ সংযুক্ত করুন।)

27. নিয়োগকর্তার নাম

a. নিয়োগকর্তার ঠিকানা

b. শহর

c. রাষ্ট্র

d. জিপ কোড

28. নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর

29. মজুরী/ টিপস (ট্যাক্সের আগে)

ঘন্টায়

সাপ্তাহিকভাবে প্রতি ২ সপ্তাহে

30. ঘন্টায় প্রতি সপ্তাহে গড় কাজ

\$

এক মাসে দুবার

মাসিক বাৎসরিক

31. গত বছরে, ব্যক্তি ২ কি: কাজ পরিবর্তন কাজ স্থগিত কম ঘন্টা কাজ করা শুরু এগুলোর কোনটাই নয়

32. যদি ব্যক্তি ২ স্ব-নির্ভর হয়, নিম্নের প্রশ্নগুলো উত্তর করুন:

a. কাজের ধরন:

b. এই মাসে এই আল্পকর্মসংস্থানের থেকে ব্যক্তি ২ নেট আয় (একবার ব্যবসায়িক খরচ দেওয়ার পরের লাভ) কত \$

33. অন্যান্য আয় ব্যক্তি ২ এই মাসে পাবেন: রণ করুন যা সবগুলো প্রযোজ্য, এবং পরিমাণ দিন এবং কত ঘন ঘন ব্যক্তি ২ এটি পেতে পারেন। যদি কিছু না থাকে এখানে পূরণ করুন। **উল্লেখ্য:** আমাদেরকে আপনার ব্যক্তি ২ এর চাইল্ড সাপোর্ট, যুদ্ধপ্রবীণ প্রদত্ত অর্থ, অথবা প্রাসঙ্গিক নিরাপত্তা আয় (এসএসআই) থেকে প্রাপ্ত আয় সম্পর্কে বলার প্রয়োজন নেই।

<input type="radio"/> বেকারত্ব	\$	কত ঘন ঘন?	<input type="radio"/> খোরপোষ প্রাপ্তি	\$	কত ঘন ঘন?
<input type="radio"/> পেনশন	\$	কত ঘন ঘন?	<input type="radio"/> নেট চাষ / মাছধরা	\$	কত ঘন ঘন?
<input type="radio"/> সোশ্যাল সিকিউরিটি	\$	কত ঘন ঘন?	<input type="radio"/> নেট ভাড়া / রাজসদ	\$	কত ঘন ঘন?
<input type="radio"/> অবসর অ্যাকাউন্ট	\$	কত ঘন ঘন?	<input type="radio"/> অন্যান্য আয়	\$	কত ঘন ঘন?

34. **বিয়োজন:** পূরণ করুন যা সবগুলো প্রযোজ্য, এবং পরিমাণ দিন এবং কত ঘন ঘন ব্যক্তি ২ পরিশোধ করেন। যদি ব্যক্তি ২ নির্দিষ্ট কিছু জিনিসের জন্য পরিশোধ করেন যা যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন থেকে কাটা যেতে পারে, তাদের সম্পর্কে আমাদের বললে স্বাস্থ্য কভারেজ খরচ কিছু কম হতে পারে। **উল্লেখ্য:** আপনার চাইল্ড সাপোর্ট অন্তর্ভুক্ত করা উচিত নয় যা ব্যক্তি ২ পরিশোধ করেন, অথবা আপনার চাইল্ড সাপোর্ট অন্তর্ভুক্ত করা উচিত নয় যা আপনি পরিশোধ করেন, অথবা একটি খরচ যা ইতিমধ্যে নেট আল্পকর্মসংস্থানের খরচের মধ্যে বিবেচিত (প্রশ্ন ৩২খ)।

<input type="radio"/> খোরপোষ দেওয়া	\$	কত ঘন ঘন?	<input type="radio"/> অন্যান্য বিয়োজন	\$	কত ঘন ঘন?
<input type="radio"/> ছত্র ঋণের সুদের হার	\$	কত ঘন ঘন?	ধরন:		

35. **শুধুমাত্র যদি ব্যক্তি ২ এর আয় এই বছরে পরিবর্তন হয় পূরণ করুন**, যেমন যদি ব্যক্তি ২ শুধুমাত্র বছরের কিছু অংশের জন্য একটি কর্মক্ষেত্রে কাজ করলেন অথবা নির্দিষ্ট মাসের জন্য সুবিধা গ্রহণ করলেন। যদি আপনি ব্যক্তি ২ এর মাসিক আয়ে পরিবর্তন আশা না করেন, পরবর্তী ব্যক্তিতে চলে যান। ➔

এই বছরে ব্যক্তি ২'র সর্বমোট আয়

আগামী বছরে ব্যক্তি ২'র সর্বমোট আয়

\$

\$

ধন্যবাদ! এইগুলোই ব্যক্তি ২ সম্পর্কে আমাদের জানা প্রয়োজন।

? আপনার আবেদন পত্রে সাহায্য প্রয়োজন? দেখুন HealthCare.gov, অথবা কল করুন এখানে 1-800-318-2596. যদি আপনার ইংলিশ ছাড়া অন্য কোন ভাষায় সাহায্যের প্রয়োজন হয়, কল করুন 1-800-318-2596 এবং গ্রাহক পরিষেবা প্রতিনিধিকে বলুন আপনার কোন ভাষা প্রয়োজন। আমরা আপনাকে বিনা খরচে সাহায্য প্রদান করবো। TTY ব্যবহারকারীরা কল করুন 1-855-889-4325.



ধাপ 3: আমেরিকান ইন্ডিয়ান বা আলাস্কা দেশীয় (এআই / এএন) পরিবারের সদস্য (গুলি)

1. আপনি অথবা আপনার পরিবারের অন্য কেউ কি আমেরিকান ইন্ডিয়ান বা আলাস্কা নেটিভ?

না. যদি না, ধাপ 8 এ চলে যান।

হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ, ধাপ 8 এ চলে যান, আরো পরিশিষ্ট খ সম্পূর্ণ করুন এবং আবেদন পত্রের সাথে সংযুক্ত করুন।

ধাপ 4: আপনার পরিবারের স্বাস্থ্য কভারেজ

1. প্রতি বছর আপনি যে একটি প্রিমিয়াম শুদ্ধ ক্রেডিট পান, আপনার পরিবার কি শুদ্ধ রিটার্ন ফাইল এবং আপনার ব্যবহারকৃত কোন শুদ্ধ ক্রেডিট প্রিমিয়াম কি মিটমাট করেছিল?

হ্যাঁ, প্রিমিয়াম শুদ্ধ ক্রেডিট মিটমাট হয়েছিল। নিম্নের বৃত্তগুলো পূরণ করুন যদি শুধুমাত্র সবগুলো আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হয়:

- আপনি আপনার মার্কেটপ্লেস কভারেজের খরচ কমানোর সাহায্যের জন্য এক বা একাধিকবার বিগত বছর গুলোতে অগ্রিম প্রিমিয়াম শুদ্ধ ক্রেডিট (এ পি টি সি) ব্যবহার করেছেন।
- আপনার পরিবারের যিনি শুদ্ধ ফাইল করেন তিনি এই প্রতিটি বছরগুলোর জন্য একটি যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন দায়ের করেছেন।
- যিনি আয়কর ফাইল করেছেন তিনি আয়কর রিটার্ন এর সাথে আই আর এস ফর্ম ৮৯৬২ (healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit) দাখিল করেছেন।

2. Was এই আবেদন পত্রের কাউকে কি মেডিকেড বা শিশু স্বাস্থ্য বীমা প্রোগ্রাম (চিপ) এর জন্য যোগ্য নয় পাওয়া গিয়েছিল গত ৯০ দিনের মধ্যে?

(হ্যাঁ নির্বাচন করুন যদি শুধুমাত্র কাউকে এই কভারেজের জন্য যোগ্য নয় পাওয়া গিয়েছিল আপনার রাষ্ট্রের দ্বারা, মার্কেটপ্লেস দ্বারা নয়।) হ্যাঁ না

অথবা, এই আবেদন পত্রের কাউকে মেডিকেড বা চিপ এর জন্য যোগ্য নয় পাওয়া গিয়েছিল তাদের অভিবাসন অবস্থার কারণে অক্টোবর ১, ২০১৩ থেকে? হ্যাঁ না

মার্কেটপ্লেস তালিকাভুক্তি খোলা সময়কালের মধ্যে এই আবেদনপত্রের কেউ কি কভারেজের জন্য আবেদন করেছিলেন? হ্যাঁ না

3. এই আবেদন পত্রে তালিকাভুক্ত কেউ কি কাজ থেকে স্বাস্থ্য কভারেজের প্রস্তাব পেয়েছিল? চেক হ্যাঁ এমনকি যদি কভারেজ যদি অন্য কারো কাজ থেকে হয়ে থাকে, যেমন একজন পিতা বা মাতা বা স্ত্রী, এমনকি যদি তার কভারেজ গ্রহণ না করে।

হ্যাঁ. চালিয়ে যান এবং তারপর পরিশিষ্ট ক সম্পূর্ণ করুন। এটি কি একটি রাষ্ট্র কর্মচারী বেনিফিট পরিকল্পনা? হ্যাঁ না

4. কেউ কি এখন স্বাস্থ্য কভারেজে নথিভুক্ত আছেন?

হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ, প্রশ্ন ৬ চালিয়ে যান। না. যদি না, ধাপ ৫ এ চলে যান।

5. বর্তমান স্বাস্থ্য কভারেজ সম্পর্কে তথ্য। (এই পৃষ্ঠার কপি করুন যদি বর্তমানে ২ জনের অধিক ব্যক্তির স্বাস্থ্য কভারেজ থাকে।)

কভারেজের ধরন সম্পর্কে লিখুন, যেমন নিয়োগকর্তার বীমা, COBRA ((কোবরা), MEDICAID ((মেডিকেড), CHIP ((চিপ), MEDICARE ((মেডিকেশার), TRICARE ((ট্রাইকেয়ার), ভিএ স্বাস্থ্যসেবা কর্মসূচি, Peace Corps (পিস কর্পস), বা অন্যান্য। (ট্রাইকেয়ার সম্পর্কে আমাদের বলতে হবে না যদি আপনার সরাসরি কেয়ার বা ডিউটি লাইন থাকে।)

স্বাস্থ্য কভারেজের মধ্যে নথিভুক্ত ব্যক্তির নাম

কভারেজের ধরন:

- নিয়োগকর্তার বীমা COBRA ((কোবরা) Medicaid ((মেডিকেড) CHIP ((চিপ) Medicare ((মেডিকেশার) TRICARE ((ট্রাইকেয়ার)
 ভিএ স্বাস্থ্যসেবা কর্মসূচি Peace Corps (পিস কর্পস) অন্যান্য

IF যদি এটি নিয়োগকর্তার বীমা হয়: আপনার পরিশিষ্ট ক ও সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন হবে।)

স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির নাম

নীতি / আইডি নম্বর

যদি এটা অন্য কোন ধরনের কভারেজ: যদি এটি মার্কেটপ্লেস স্বাস্থ্য কভারেজ হয় পূরণ করুন।

স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির নাম

নীতি / আইডি নম্বর

এটি কি একটি সীমিত-বেনিফিট পরিকল্পনা, যেমন একটি স্কুল দুর্ঘটনা পলিসি? হ্যাঁ না

ব্যাক্তি 1:

স্বাস্থ্য কভারেজের মধ্যে নথিভুক্ত ব্যক্তির নাম

কভারেজের ধরন:

- নিয়োগকর্তার বীমা COBRA ((কোবরা) Medicaid ((মেডিকেড) CHIP ((চিপ) Medicare ((মেডিকেশার) TRICARE ((ট্রাইকেয়ার)
 ভিএ স্বাস্থ্যসেবা কর্মসূচি Peace Corps (পিস কর্পস) অন্যান্য

IF যদি এটি নিয়োগকর্তার বীমা হয়: আপনার পরিশিষ্ট ক ও সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন হবে।)

স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির নাম

নীতি / আইডি নম্বর

যদি এটা অন্য কোন ধরনের কভারেজ: যদি এটি মার্কেটপ্লেস স্বাস্থ্য কভারেজ হয় পূরণ করুন।

স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির নাম

নীতি / আইডি নম্বর

এটি কি একটি সীমিত-বেনিফিট পরিকল্পনা, যেমন একটি স্কুল দুর্ঘটনা পলিসি? হ্যাঁ না

ব্যাক্তি 2:



ধাপ 5: আপনার চুক্তি ও সাক্ষর

1. আপনি কি মার্কেটপ্লেসকে আয় তথ্য ব্যবহার করার অনুমতি দিতে সম্মত হন, ট্যাক্স রিটার্নের থেকে তথ্য সহ, আগামী ৫ বছরের জন্য? হ্যাঁ না

সহজভাবে ভবিষ্যৎ বছরগুলোতে কভারেজের জন্য পরিশোধ করতে সাহায্যের জন্য আপনার যোগ্যতা নির্ধারণ করতে, আপনি মার্কেটপ্লেসকে আপডেট আয় তথ্য ব্যবহার করার অনুমতি দিতে সম্মত হতে পারেন, ট্যাক্স রিটার্নের থেকে তথ্য সহ। মার্কেটপ্লেস একটি নোটিশ পাঠাবে এবং আপনাকে কোন রকমের পরিবর্তন করতে অনুমতি দেবে। মার্কেটপ্লেস নিশ্চিত করার জন্য পরিক্ষা করবে যে আপনি এখনও যোগ্য কিনা, এবং হয়তো আপনার আয় এখনও যোগ্যতা অর্জন করে কিনা আপনাকে প্রমাণ করতে জিজ্ঞেস করতে পারে। আপনি যে কোনো সময় ছেড়ে যেতে পারেন।

যদি না, স্বয়ংক্রিয়ভাবে পরবর্তী জন্য আমার তথ্য আপডেট করুন:

- ৪ বছর ২ বছর স্বাস্থ্য কভারেজ পরিশোধে সাহায্য করার জন্য আমার যোগ্যতা পুনর্নির্ধারণে আমার ট্যাক্স তথ্য ব্যবহার করবেন না
- ৩ বছর ১ বছর (এই বিকল্পটি নির্বাচন হতে আপনার কভারেজ পরিশোধে সাহায্য পেতে আপনার পুনর্নির্ধারণ ক্ষমতাকে প্রভাবিত করতে পারে।)

2. এই আবেদন পত্রে স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদনকারী কোন বন্দী আছেন (আটক/জেল)? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ, আমাদের ব্যক্তির নাম বলুন। বন্দী ব্যক্তির নাম হলো:

এখানে পূরণ করুন যদি এই ব্যক্তি কর্তৃত্বাধীনতার অভিযোগের সম্মুখীন আছে।

যদি এই আবেদনপত্রের কেউ মেডিকেডের জন্য যোগ্য:

- আমি মেডিকেড সংস্থাকে দিচ্ছি এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা, আইনি জনবসতি, বা অন্যান্য তৃতীয় পক্ষের থেকে কোনো টাকা পাবেন আমাদের অধিকার নিয়ে এগোতে। আমি আরো মেডিকেড সংস্থাকে অধিকার দিচ্ছি অনুধাবন এবং একটি স্ত্রী বা পিতা বা মাতা থেকে চিকিৎসা সহায়তা পেতে।
- এই আবেদন পত্রে কোন সন্তানের পিতা বা মাতা বাড়ীর বাইরে বসবাস করে? হ্যাঁ না
- যদি হ্যাঁ, আমি জানি আমাকে সংস্থার সাথে সহযোগিতা করতে বলা হবে যারা একজন অনুপস্থিত পিতা বা মাতা থেকে চিকিৎসা সহায়তা সংগ্রহ করে। যদি আমি মনে করি যে চিকিৎসা সহায়তাতে সহযোগিতা করলে আমার বা আমার সন্তানের ক্ষতি হবে, আমি মেডিকেডকে বলতে পারি এবং আমাকে সহযোগিতা করতে না ও হতে পারে।
- আমি এই আবেদন পত্রটি শপথভঙ্গ এর শাস্তির অধীনে সাক্ষর করছি, যার অর্থ হলো এই ফর্মের সকল প্রশ্নে আমি সঠিক উত্তর প্রদান করেছি আমার জ্ঞান মতে। আমি জানি যে, ফেডারেল আইন অনুযায়ী আমার জরিমানা হতে পারে যদি আমি ইচ্ছাকৃতভাবে মিথ্যা বা অসত্য তথ্য প্রদান করে থাকি।
- আমি জানি যে আমি অবশ্যই স্বাস্থ্য বীমা মার্কেটপ্লেসকে ৩০ দিনের মধ্যে জানাবো যদি কোন কিছু পরিবর্তন হয় (এবং ভিন্নতা থাকে) যা আমি এই আবেদন পত্রে লিখেছিলাম। আমি দেখতে পারি HealthCare.gov অথবা কল করতে পারি 1-800-318-2596 যে কোন পরিবর্তন সম্পর্কে রিপোর্ট করতে। আমি বুঝতে পারছি যে আমার তথ্য এর একটি পরিবর্তন আমার যোগ্যতার পাশাপাশি আমার পরিবারের সদস্য (দের) যোগ্যতা প্রভাবিত হতে পারে।
- আমি জানি যে, ফেডারেল আইন অনুযায়ী, জাতি, রঙ, জাতীয় উৎপত্তি, লিঙ্গ, বয়স, লিঙ্গ বৈষম্য, লিঙ্গ পরিচয়, বা অক্ষমতার ভিত্তিতে বৈষম্য অনুমোদিত নয়। আমি বৈষম্যের একটি অভিযোগ দায়ের করতে পরিদর্শন করে www.hhs.gov/ocr/office/file।
- আমি জানি যে এই ফর্মের তথ্য শুধু মাত্র স্বাস্থ্য কভারেজ যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য, কভারেজ পরিশোধে সাহায্য করতে (যদি অনুরোধ করা হয়), এবং মার্কেটপ্লেস এবং কভারেজ পরিশোধে সাহায্যকারী প্রোগ্রামগুলোর আইনগত উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হবে।

এই তথ্য আমাদের প্রয়োজন আপনার যোগ্যতা পরিক্ষা করার জন্য স্বাস্থ্য কভারেজ পরিশোধে সাহায্য করার জন্য যদি আপনি আবেদন করতে পছন্দ করেন। আমরা আপনার উত্তরগুলো আমাদের ইলেক্ট্রনিক ডেটাবেস এবং ইন্টারনাল রেভিনিউ সার্ভিস (IRS) বা, সামাজিক নিরাপত্তা, হোমল্যান্ড সিকিউরিটি ডিপার্টমেন্ট, এবং / অথবা একটি ভোক্তা প্রতিবেদনের সংস্থা থেকে ডেটাবেস তথ্য ব্যবহার করে চেক করবো। যদি তথ্য না মেলে, আমরা আপনাকে প্রমাণাদি পাঠাতে জিজ্ঞেস করতে পারি।

মি কি করা উচিত যদি আমি মনে করি আমার যোগ্যতার ফলাফল ভুল?

বিভিন্ন ক্ষেত্রে, যদি আপনি সম্মত না হন যেটা আপনি যোগ্যতা অর্জন করেন, আপনি পুনর্বিচার আবেদন করতে পারেন। অনুগ্রহ করে আপনার যোগ্যতা নোটিশটি পর্যালোচনা করুন পুনর্বিচারের নির্দেশাবলী আপনার পরিবারের প্রতিটি ব্যক্তির জন্য নির্দিষ্ট যারা কভারেজের জন্য আবেদন করেছে, পুনর্বিচারের আবেদনের কত দিন বাকি আছে তাও অন্তর্ভুক্ত। এখানে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য যখন একটি আবেদন অনুরোধ বিবেচনা করতে চান:

- যদি আপনি চান আপনি কাউকে আপনার পুনর্বিচারে কাউকে অনুরোধ অথবা অংশগ্রহণ করতে দিতে পারেন। সেই ব্যক্তি হতে পারে একজন বন্ধু, আত্মীয়, উকিল, অথবা অন্য কোন ব্যক্তি। অথবা, আপনি আপনার পুনর্বিচার অনুরোধ এবং অংশগ্রহণ আপনি নিজেই করতে পারেন।
- যদি আপনি পুনর্বিচার অনুরোধ করেন, আপনি হয়তো কভারেজের জন্য আপনার যোগ্যতা রাখতে সক্ষম হতে পারেন যখন আপনার পুনর্বিচার আবেদন বিচারাধীন থাকে।
- একটি আবেদন পত্রের ফলাফল আপনার পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের যোগ্যতা পরিবর্তন করতে পারে।

আপনার মার্কেটপ্লেস যোগ্যতার ফলাফল পুনর্বিচার আবেদন করতে, দেখুন HealthCare.gov/marketplace-appeals/। অথবা মার্কেটপ্লেস কল কেন্দ্রে কল করুন এখানে 1-800-318-2596. TTY ব্যবহারকারীরা কল করবেন 1-855-889-4325. আরও আপনি পুনর্বিচার আবেদন ফর্ম অথবা আপনার নিজস্ব চিঠি পুনর্বিচারের জন্য অনুরোধ করে মেইল করতে পারেন এখানে **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. আপনি মার্কেটপ্লেসের মাধ্যমে স্বাস্থ্য কভারেজ কেনার জন্য যোগ্যতা পুনর্বিচার আবেদন করতে পারেন, তালিকাভুক্তির সময়সীমা, ট্যাক্স ক্রেডিট, খরচ-ভাগ হ্রাস, মেডিকেড, এবং চিপ, যদি আপনাকে এইগুলোতে অস্বীকৃত করা হয়েছিল। যদি আপনি ট্যাক্স ক্রেডিট অথবা খরচ-ভাগ হ্রাস এর জন্য যোগ্যতা সম্পন্ন হন, আপনি পুনর্বিচার আবেদন করতে পারেন যেই পরিমাণের জন্য আপনি উপযুক্ত আমরা নির্ধারণ করবো। আপনার অবস্থার উপর ভিত্তি করে, আপনি হয়তো পুনর্বিচার আবেদন করতে পারেন মার্কেটপ্লেসের মাধ্যমে অথবা আপনি হয়তো পুনর্বিচার অনুরোধ করতে পারেন স্টেট মেডিকেড অথবা চিপ মাধ্যম দ্বারা।

ব্যক্তি ১ এই আবেদন পত্রটি সাক্ষর করবেন। যদি আপনি একজন অনুমোদিত প্রতিনিধি হয়ে থাকেন, আপনি সাক্ষর করতে পারেন এখানে যতক্ষণ পর্যন্ত ব্যক্তি ১ পরিশিষ্ট গ সাক্ষর করেন।

সাক্ষর	সাক্ষরের তারিখ (মাস/দিন/বছর)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

যদি আপনি এই আবেদন পত্রটি উন্মুক্ত তালিকাভুক্তির বাইরে সাক্ষর করেন (নভেম্বর ১ এবং জানুয়ারী ৩১ এর মধ্যে), নিশ্চিত করুন যে আপনি পরিশিষ্ট ঘ পর্যালোচনা করেছেন (“জীবন পরিবর্তন সম্পর্কে প্রস্তাবলী”)।

ধাপ 6: সম্পন্ন আবেদন পত্রটি মেইল করুন



আপনার সাক্ষরকৃত আবেদন পত্রটি মেইল করুন:
Health Insurance Marketplace
 Dept. of Health and Human Services
 465 Industrial Blvd.
 London, KY 40750-0001



যদি আপনি ভোটার জন্য রেজিস্টার করতে চান, আপনি একটি ভোটার নিবন্ধন ফর্ম পূরণ করুন এখানে www.eac.gov.

ইংরেজি ছাড়া অন্য একটি ভাষায় সাহায্য পাচ্ছেন

যদি আপনি, অথবা আপনি কাউকে সাহায্য করছেন, স্বাস্থ্য বীমা মার্কেটপ্লেস সম্পর্কে প্রশ্ন আছে। আপনার ভাষায় বিনা খরচে সাহায্য এবং তথ্য পাবার অধিকার আপনার আছে। একজন অনুবাদকের সাথে কথা বলতে, কল করুন **1-800-318-2596**.

এখানে সহজলভ্য ভাষাগুলোর একটি তালিকা এবং উপরে প্রদত্ত একই বার্তা ওই ভাষাগুলোতে দেওয়া হলো:

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.



ইংরেজি ছাড়া অন্য একটি ভাষায় সাহায্য পাচ্ছেন (ক্রমাগত)

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, કૌલ 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。





পরিশিষ্ট A

কাজ থেকে স্বাস্থ্য কভারেজ

আপনাকে এই প্রশ্নগুলো উত্তর করতে হবে **না** যদি না বাড়ির কেউ কাজ থেকে স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য উপযুক্ত না হয়, এমনকি যদি তারা কভারেজ গ্রহণ না করে। এই পৃষ্ঠার একটি কপি সংযুক্ত করুন প্রতিটি কাজের জন্য যারা কভারেজ প্রস্তাব করে।

আমাদেরকে কাজ সম্পর্কে বলুন যা কভারেজ প্রস্তাব করে।

এই পৃষ্ঠার একটি অনুলিপি করুন এবং নিয়োগকর্তার কাছে নিন এই প্রশ্নগুলোর উত্তর করতে আপনাকে সাহায্য করতে যিনি কভারেজ প্রস্তাব করেছেন।

কর্মচারীর তথ্য

1. কর্মচারীর নাম (প্রথম, মধ্যবর্তী, শেষ)	2. কর্মচারী সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (SSN)

নিয়োগকর্তার তথ্য

3. নিয়োগকর্তা/ কোম্পানির নাম	
4. নিয়োগকর্তার সনাক্তকরণ নম্বর (EIN)	5. নিয়োগকর্তার ফোন নাম্বার

এখন, ওই ব্যক্তি বা বিভাগের তথ্য প্রদান করুন যিনি কর্মচারীর সুবিধাগুলো পরিচালনা করেন। যদি আমাদের আরও তথ্য প্রয়োজন হয় আমরা হয়তো এই ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করতে পারি:

6. কর্মচারী স্বাস্থ্য কভারেজের ব্যাপারে ব্যক্তি বা বিভাগ এর সাথে আমরা যোগাযোগ করতে পারি		
7. নিয়োগকর্তার ঠিকানা (মার্কেটপ্লেস এই ঠিকানাতে নোটিশ পাঠাতে পারে)		
8. শহর	9. রাষ্ট্র	10. জিপ কোড
11. ফোন নম্বর (যদি উপরের থেকে ভিন্ন হয়)	12. ই-মেইল ঠিকানা	

13. কর্মচারীটি কি বর্তমানে এই নিয়োগকর্তার দ্বারা প্রস্তাবিত কভারেজের জন্য উপযুক্ত, অথবা কর্মচারীটি কি পরবর্তী ৩ মাসের মধ্যে উপযুক্ত হবেন?

- হ্যাঁ (চলতে থাকুন) না (নিয়োগকর্তা: খামুল এবং এই আবেদন পত্রটি নিয়োগকর্তাকে ফিরিয়ে দিন। চাকুরীজীবী: মার্কেটপ্লেস কভারেজের জন্য আপনার আবেদন পত্রে ফিরে যান।)

a. যদি কর্মী আজকে যোগ্য না হয়, যেমন অপেক্ষা বা অবৈশ্বাধীন সময়সীমার ফলস্বরূপ, কর্মী কবে কভারেজের জন্য যোগ্য হবে? (মাস/দিন/বছর)

	/		/	
--	---	--	---	--

b. নিয়োগকর্তা কী এমন একটি স্বাস্থ্য পরিকল্পনা প্রস্তাব করে যা চাকুরীজীবীর স্ত্রী অথবা নির্ভরশীল (দেব) সুবিধা দান করে?

- হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ, কোন মানুষগুলো? স্বামী / স্ত্রী নির্ভরশীল (গুলো) না (১৪ নম্বর প্রশ্নে চলে যান)

চাকুরীজীবীর পরিবারের মধ্যে অন্য কেউ যারা এই কভারেজের জন্য যোগ্য তাদের নামের তালিকা দিন।

নাম

--

নাম

--

নাম

--

পরবর্তী পৃষ্ঠাতে অব্যাহত রাখুন

পূরণ করবেন না। এটি একটি আবেদন পত্র নয়

আমাদের বলুন এই নিয়োগকর্তার দ্বারা প্রস্তাবিত সর্বনিম্ন-মানের স্বাস্থ্য পরিকল্পনা সম্পর্কে।

14. নিয়োগকর্তা কি একটি স্বাস্থ্য পরিকল্পনা দেবার প্রস্তাব করেন যা সর্বনিম্ন মূল্য মান পূরণ করে*?

হ্যাঁ (প্রশ্ন ১৫ তে যান.) না (খামুন এবং এই ফর্মটি কর্মচারীকে ফেরত দিন।)

15. **কর্মচারীকে দেবার** প্রস্তাব করা সর্বনিম্ন খরচ পরিকল্পনার জন্য যা **শুধুমাত্র** ন্যূনতম মূল্য মান পূরণ করে কর্মীকে কত প্রদান করতে হবে*? পারিবারিক পরিকল্পনা অন্তর্ভুক্ত নয়।
টীকা: নিয়োগকর্তা যদি সুস্থতা প্রোগ্রাম দেবার প্রস্তাব করে, প্রিমিয়াম অন্তর্ভুক্ত করুন যা কর্মী প্রদান করবে যদি কর্মচারী কোন তামাক শম প্রোগ্রামের জন্য সর্বচ্ছ ছাড় পায় এবং সুস্থতা প্রোগ্রামের উপর ভিত্তি করে আর কোন ছাড় না পেয়ে থাকে।

a. কর্মচারী এই প্রিমিয়াম প্রদান করবে: \$

টীকা: সর্বনিম্ন পরিমাণ অন্তর্ভুক্ত করুন যা কর্মচারী স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য প্রদান করতে পারে।

b. কর্মচারী এই পরিমাণ প্রদান করবে: সাপ্তাহিকভাবে প্রতি ২ সপ্তাহে মাসে দুবার মাসে একবার ত্রৈমাসিক বাৎসরিক

(পরবর্তী প্রশ্নে যান।)

16. নতুন পরিকল্পনা বছরের জন্য নিয়োগকর্তা কি ধরনের পরিবর্তন সম্পাদন করবেন?

নিয়োগকর্তা এই তারিখ হিসেবে স্বাস্থ্য কভারেজ প্রদান করবেন না: (মাস/দিন/বছর)

/ /

সর্বনিম্ন-মানের পরিকল্পনার জন্য প্রিমিয়ামের পরিমাণ পরিবর্তন হবে যা সর্বনিম্ন মূল্য মান* পূরণ করবে এবং শুধুমাত্র কর্মচারীদের আয়ত্যাধীন হবে। (প্রিমিয়াম শুধুমাত্র তামাক শম প্রোগ্রামের জন্য ছাড় প্রতিফলিত করতে হবে। ১৫ প্রশ্ন দেখুন।)

a. কর্মচারীদের এই প্রিমিয়াম দিতে হবে: \$

b. কত ঘন ঘন? সাপ্তাহিকভাবে প্রতি ২ সপ্তাহে মাসে দুবার মাসে একবার ত্রৈমাসিক বাৎসরিক

c. পরিবর্তনের তারিখ: (মাস/দিন/বছর)

/ /

আমি জানি না নিয়োগকর্তা পরিবর্তনগুলো করবেন কিনা।

নিয়োগকর্তা এই পরিবর্তনগুলো সম্পাদন করবেন না।

*একটি স্বাস্থ্য পরিকল্পনা সর্বনিম্ন মান পূরণ করে যদি যদি একটি প্রমিত জনগোষ্ঠীর জন্য চিকিৎসা সেবার মোট খরচের কমপক্ষে 60% বহন করে এবং হাসপাতাল এবং ডাক্তারের সেবার সারগত কভারেজ প্রদান করা হয়। অধিকাংশ কর্ম-ভিত্তিক পরিকল্পনাগুলো সর্বনিম্ন মান পূরণ করে।





পরিশিষ্ট C

এই আবেদন পত্র সম্পন্ন করার জন্য সহযোগিতা

প্রত্যয়িত আবেদন কাউন্সিলারস, নাবিকরা, এজেন্ট এবং দালালদের জন্য শুধুমাত্র

এই অংশটি পূরণ করুন যদি আপনি একজন প্রত্যয়িত আবেদন মন্ত্রণাদাতা, ন্যাভিগেটর, এজেন্ট বা দালাল এই আবেদন পত্রটি পূরণ করছেন। for somebody else.

1. আবেদন পত্র শুরুর তারিখ (মাস/দিন/বছর)

2. প্রথম নাম, মধ্যবর্তী নাম, শেষের নাম, এবং প্রত্যয়

3. সংগঠনের নাম

4. আইডি নাম্বার (যদি প্রযোজ্য হয়)

5. এজেন্ট / দালাল শুধুমাত্র: এন পি এন সংখ্যা

আপনি একজন অনুমোদিত প্রতিনিধি নিযুক্ত করতে পারেন।

আপনি আমাদের সঙ্গে এই আবেদন পত্র সম্পর্কে কথা বলার জন্য একজন বিশ্বস্ত ব্যক্তিকে অনুমতি দিতে পারেন, আপনার তথ্য দেখতে, এবং এই আবেদন পত্রের সাথে সম্পর্কিত বিষয়ে আপনার জন্য কাজ করতে, এর মধ্যে আপনার আবেদন পত্র সম্পর্কে তথ্য পাওয়া এবং আপনার পক্ষ থেকে আপনার আবেদন পত্র সাফর করা অন্তর্ভুক্ত। এই ব্যক্তিকে বলা হয় “অনুমোদিত প্রতিনিধি।” কখনো যদি আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধিকে পরিবর্তন অথবা অপসারণ করার প্রয়োজন হলে, মার্কেটপ্লেসের এ যোগাযোগ করুন। আপনি যদি এই আবেদন পত্রের জন্য একজন আইনত প্রতিনিধি নিযুক্ত হন, এই আবেদন পত্রের সাথে প্রমানাদি দাখিল করুন।

1. অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম (প্রথম নাম, মধ্যবর্তী নাম, শেষের নাম)

2. ঠিকানা

3. অ্যাপার্টমেন্ট বা স্যুট নাম্বার

4. শহর

5. রাষ্ট্র

6. জিপ কোড

7. ফোন নাম্বার

8. সংস্থার নাম

9. আইডি নাম্বার (যদি প্রযোজ্য হয়)

সাফর করে, আপনি এই ব্যক্তিকে আপনার আবেদন পত্রটি সাফর করার, এই আবেদন পত্র সম্পর্কে সরকারি তথ্য পেতে, এবং এই আবেদন পত্রের সাথে সম্পর্কিত ভবিষ্যতের সকল বিষয়ে আপনার জন্য কাজ করার অনুমতি প্রদান করছেন।

10. এই আবেদন পত্রে তালিকাভুক্ত ব্যক্তি ১ এর সাফর

11. সাফরের তারিখ (মাস/দিন/বছর)?





পরিশিষ্ট D

জীবনের পরিবর্তনগুলো সম্পর্কে প্রশ্নগুলো

(আপনি অবশ্যই এই পৃষ্ঠার পাশাপাশি বাকি আবেদন পত্রটি সম্পূর্ণ করবেন। শুধুমাত্র এই পৃষ্ঠাটি দাখিল করে দিবেন না।)

এই আবেদন পত্রে কেউ যদি গত ৬০ দিনের মধ্যে নির্দিষ্ট জীবনের পরিবর্তন অভিজ্ঞতা করেছেন, নিম্নের প্রশ্নগুলো পূরণ করুন। জীবনের নির্দিষ্ট পরিবর্তন আপনার কভারেজ মার্কেটপ্লেসের মাধ্যমে এখনি শুরু করার অনুমতি প্রদান করে। আমরা আরও সুপারিশ করছি আপনি এই প্রশ্নগুলো উত্তর করুন যদি আপনি বার্ষিক তালিকাভুক্তি উন্মুক্ত থাকার সময়কাল শেষ হওয়ার পর এবং পরবর্তী বার্ষিক তালিকাভুক্তি উন্মুক্ত সময়কাল শুরু হওয়ার পূর্বে।

এই প্রশ্নগুলো ঐচ্ছিক। যদি আপনার জীবন পরিস্থিতিতে কোন পরিবর্তন না হয়ে থাকে, আপনি এই উত্তরগুলো ফাঁকা রাখতে পারেন। আপনি মেডিকেড এর মধ্যে এবং শিশু স্বাস্থ্য বীমা প্রোগ্রামে (CHIP) নথিভুক্ত হতে পারেন বছরের যে কোন সময়ে, এমনকি যদি আপনার জীবনে কোন পরিবর্তন না হয়ে থাকে। কেন্দ্রে স্বীকৃত উপজাতি ও আলাস্কা দেশীয় শেয়ারহোল্ডারদের সদস্যরা কভারেজ মার্কেটপ্লেসের মাধ্যমে বছরের যে কোন সময় নথিভুক্ত করতে পারেন।

আপনার বাড়ির পরিবর্তনগুলো সম্পর্কে আমাদের বলুন।

1. কেউ কি গত ৬০ দিনের মধ্যে উপযুক্ত স্বাস্থ্য কভারেজ হারিয়েছে, অথবা কেউ কি আগামী ৬০ দিনের মধ্যে উপযুক্ত স্বাস্থ্য কভারেজ হারানোর আশঙ্কা করছে?

নামগুলো [Redacted]	কভারেজের তারিখ শেষ অথবা শেষ হবে (মাস/দিন/বছর) [Redacted]
<input type="checkbox"/> যদি প্রিমিয়াম পরিশোধ না করার জন্য কভারেজ শেষ হয়ে যায় এখানে চেক করুন।	

2. কেউ কি গত ৬০ দিনের মধ্যে বিবাহিত হয়েছে?

নামগুলো [Redacted]	তারিখ (মাস/দিন/বছর) [Redacted]
-----------------------	-----------------------------------

3. কেউ কি গত ৬০ দিনের মধ্যে কারাবোধ থেকে মুক্তি পেয়েছে (আটক বা কারাগার)?

নামগুলো [Redacted]	তারিখ (মাস/দিন/বছর) [Redacted]
-----------------------	-----------------------------------

4. কেউ কি গত ৬০ দিনের মধ্যে যোগ্য অভিবাসন মর্যাদা লাভ করেছে?

নামগুলো [Redacted]	তারিখ (মাস/দিন/বছর) [Redacted]
-----------------------	-----------------------------------

5. কেউ কি আশ্রিত, দত্তক গ্রহণের জন্য উপস্থাপন, অথবা ফসটার কেয়ার এর জন্য গত ৬০ দিনের ভেতর স্থাপন করা হয়েছে?

নামগুলো [Redacted]	তারিখ (মাস/দিন/বছর) [Redacted]
-----------------------	-----------------------------------

6. কেউ একটি চাইল্ড সাপোর্ট অথবা অন্য আদালতের আদেশের কারণে গত ৬০ দিনের মধ্যে একজন নির্ভরশীল হয়ে পড়েছে?

নামগুলো [Redacted]	তারিখ (মাস/দিন/বছর) [Redacted]
-----------------------	-----------------------------------

7. কেউ কি গত ৬০ দিনের মধ্যে তাদের প্রাথমিক বাসস্থানের জায়গা পরিবর্তন করেছে?

নামগুলো [Redacted]	স্থান পরিবর্তনের তারিখ (মাস/তারিখ/বছর) [Redacted]
-----------------------	--

আপনার পূর্ববর্তী ঠিকানা র জিপ কোড কি? যদি আপনি একটি বিদেশী দেশ অথবা ইউ. এস. ভূখণ্ড থেকে অবস্থান পরিবর্তন করে থাকেন এখানে পূরণ করুন

[Redacted]

a. এই মানুষগুলোর কোন একজনের কি গত ৬০ দিনের মধ্যে যে কোন সময় উপযুক্ত স্বাস্থ্য কভারেজ ছিল? হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ, তাদের নাম(গুলো) নিম্নে অন্তর্ভুক্ত করুন:

নামগুলো

[Redacted]
