



Aplikim për sigurime shëndetësore dhe ndihmë për pagesat e tyre

Form Approved
OMB No. 0938-1213

➔ **Aplikoni më shpejt online tek HealthCare.gov**



Përdorni këtë aplikim për të parë çfarë sigurimesh mund të përfitoni.

- Sigurime shëndetësore private me çmim të arsyeshëm që ofrojnë mbulim të plotë për shëndetin tuaj.
- Kredi e re dhe e menjëhershme prej taksave ju ndihmon me pagesat e sigurimeve shëndetësore.
- Sigurime të lira ose falas nga Medicaid ose Programi i Sigurimeve Shëndetësore të Fëmijëve (CHIP).
Mund të kualifikoheni për programet falas ose të lira edhe fitoni \$97,200 në vit (për një familje me 4 veta).



Kush duhet ta përdorë këtë aplikim?

- Përdorni këtë aplikim për këdo në familjen tuaj.
- Përdorni edhe nëse ju ose fëmija juaj keni sigurime shëndetësore. Mund të kualifikoheni për sigurime me çmim më të ulët ose falas.
- Nëse jeni i/e pamartuar, mund të përdorni formularin e shkurtuar. Vizitoni HealthCare.gov.
- Edhe familjet me emigrantë mund të aplikojnë. Mund të aplikoni për fëmijën tuaj edhe nëse ju nuk kualifikoheni për sigurime shëndetësore. Aplikimi nuk ndikon tek statusi i emigrantëve ose mundësia për të marrë lejen e përhershme të qëndrimit ose nënshtetësinë.
- Nëse dikush po ju ndihmon të plotësoni këtë aplikim mund t'ju kërkohet të mbushni Shtojcën C.



Çfarë ju duhet për të aplikuar

- Numrat e sigurimeve shoqërore (ose numrat e dokumenteve për emigrantët e kualifikuar që duan sigurime shëndetësore).
- Të dhënat e punës dhe punëdhënësit për pjesëtarët e familjes suaj (për shembull nga faturat e rrogave, formularët W-2, ose deklaratat e rrogave dhe të taksave).
- Numrat e dokumenteve për sigurimet shëndetësore aktuale.
- Të dhëna mbi të gjitha sigurimet shëndetësore nëpërmjet punësimit për të cilat kualifikohet familja juaj.



Pse na duhen këto të dhëna?

Ne kerkojmë të dhëna mbi të ardhurat e informacione të tjera që t'ju caktojmë llojin e sigurimeve për të cilat kualifikoheni dhe nëse mund të merrni ndihmë për pagesën e tyre. **Ne do të ruajmë fshehtësinë dhe privatësinë e të dhënave që na jepni në përputhje me ligjin.** Për të parë Deklaratën sipas Ligjit të Privatësisë, vizitoni HealthCare.gov ose lexoni udhëzimet.



Çfarë do të ndodhë më tej?

Dërgoni aplikimin tuaj të plotësuar dhe të nënshkruar tek adresa në faqen 7. **Edhe nëse ju mungojnë disa nga të dhënat që kerkojmë, nënshkruani dhe dërgoni aplikimin.** Ne do t'ju kontaktojmë brenda 1-2 javësh, dhe **Marketplace mund t'ju telefonojë nëse na duhen më shumë të dhëna.** Do të merrni një përgjigje me postë për aplikimin tuaj pasi të procedohet ai. Nëse nuk merrni përgjigje, kontaktoni numrin e Qendrës së Marketplace. Plotësimi i këtij aplikim nuk nënkupton se ju duhet të blini sigurime shëndetësore.



Ndihmë për plotësimin e aplikimit

- **Online:** HealthCare.gov.
- **Telefoni:** Telefonojini Qendrës së Marketplace tek **1-800-318-2596**. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.
- **Në person:** Mund të ketë konsulentë që mund t'ju ndihmojnë në zonën tuaj. Vizitoni HealthCare.gov, ose telefononi tek Qendra e Marketplace **1-800-318-2596** për më shumë informacion.
- **Gjuhë të tjera:** Nëse doni ndihmë në gjuhë të tjera përveç anglishtes, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe tregojini përfaqësuesit të shërbimit me klientët gjuhën që kërkon. Do të gjejnë ndihmë falas për ju.

Ju keni te drejtë të merrni informacion mbi këtë produkt në një format tjetër. Ju gjithashtu keni te drejtë të depozitoni një ankesë nëse mendoni se jeni diskriminuar. Për të marrë më shumë informacion, vizitoni www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, ose telefononi Marketplace Call Center në numrin **1-800-318-2596**. Përdoruesit e teletekst (TTY) duhet të telefonojnë në numrin **1-855-889-4325**.

Deklaratë zbulimi për PRA: Në përputhje me ligjin për reduktimin e dokumenteve të vitit 1995, personat duhet t'i përgjigjen grumbullimit të të dhënave me përjashtim të rasteve kur kanë një numër të vlefshëm kontrolli OMB. Numri i vlefshëm i kontrollit OMB për këto të dhëna është 0938-1191. Afati i plotësimit të këtij grumbullimi të të dhënave është mesatarisht 45 minuta për çdo përgjigje, duke përfshirë kohën e leximit të udhëzimeve, kërkimin për burimet e të dhënave, grumbullimin e të dhënave, plotësimin dhe rishikimin e grumbullimit të të dhënave. Nëse keni komente mbi saktësinë e kohës së llogaritur ose sugjerime për përmirësimin e këtij formulari, ju lutemi shkruani tek: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Ju lutemi, shkruani me gërma të mëdha shtypi vetëm me stilolaps të zi ose blu Mbushini rrathët (○) kështu → ●.

HAPI 1: Përshkruani veten tuaj.

(Duhet që një i rritur nga familja juaj të emërohet personi që duhet kontaktuar për aplikimin tuaj)

1. Emri	Emri i dytë	Mbiemri	Titulli
<input type="text"/>			
2. Adresa e banesës (Mos e plotësoni nëse nuk keni).			3. Numri i apartamentit ose zyrës
<input type="text"/>			<input type="text"/>
4. Qyteti	5. Shteti	6. Kodi Postar ZIP	7. Konteja, rrethi ose famullija
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Adresa postare (nëse ndryshon nga adresa e banesës)			9. Numri i apartamentit ose zyrës
<input type="text"/>			<input type="text"/>
10. Qyteti	11. Shteti	12. Kodi Postar ZIP	13. Konteja, rrethi ose famullija
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Numri i telefonit gjatë ditës (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		15. Numri i telefonit në mbrëmje (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
16. A dëshironi të njoftoheni për këtë aplikim me email? <input type="radio"/> Po <input type="radio"/> Jo			
Adresa e emailit: <input type="text"/>			
17. Në cilën gjuhë preferoni të flisni? Në cilën gjuhë preferoni të shkruani? <input type="text"/>			

HAPI 2: Përshkruani familjen tuaj.

Cilin person duhet të përfshini në këtë aplikim?

Plotësojini faqet e Hapit 2 për çdo person në familjen dhe shtëpinë tuaj edhe nëse ky person ka sigurim shëndetësor. Të dhënat në këtë aplikim na ndihmojnë të sigurohemi që gjithkush ka sigurimin shëndetësor më të mirë të mundshëm. Niveli i ndihmës ose lloji i programit për të cilin kualifikoheni bazohet në numrin e personave në familjen tuaj dhe të ardhurat e tyre. Nëse nuk e përfshini dikë, edhe nëse ai/ajo ka sigurim shëndetësor, kualifikimi juaj mund të ndryshojë.

Për ata të rritur që kanë nevojë për sigurime shëndetësore:

Përfshijini këta persona edhe nëse ata nuk aplikojnë për sigurime shëndetësore për veten e tyre:

- Bashkëshortët
- Djemtë ose vajzat nën 21 vjeç me të cilët jetojnë ata, përfshirë këtu dhe thjeshtrit/thjeshtat.
- Çdo person tjetër të deklaruar në aplikimet e taksave federale (përfshirë këtu fëmijët mbi 21 vjeç të cilët figurojnë në ngarkim të prindërve në aplikimet e taksave). Nuk keni nevojë të plotësoni taksat për të marrë sigurimet shëndetësore.

Për fëmijët nën 21 vjeç që kanë nevojë për sigurime:

Përfshijini këta persona edhe nëse ata nuk aplikojnë për sigurime shëndetësore për veten e tyre:

- Cilindo prind (ose njerk/ë) me të cilin jetojnë
- Vëlla ose motër me të cilin jetojnë
- Djemtë ose vajzat me të cilët jetojnë, përfshirë këtu thjeshtrit/thjeshtat.
- Çdo person tjetër të deklaruar në aplikimet e taksave federale. Nuk keni nevojë të plotësoni taksat për të marrë sigurim shëndetësor.

Plotësoni Hapin 2 për secilin person në familjen tuaj.

Filloni me veten dhe pastaj shtoni fëmijët ose të rriturit e tjerë. Nëse keni më shumë se 2 vetë në familjen tuaj, duhet të bëni fotokopje të faqes/ve dhe t'i bashkangjisni ato.

Nuk keni nevojë të deklaroni statusin e emigrantit ose numrin e sigurimeve shoqërore (SSN) për anëtarët e familjes që nuk kanë nevojë për sigurim shëndetësor. Informacionin që na jepni do ta ruajmë dhe mbrojmë në përputhje me ligjin. Do ta përdorim informacionin tuaj personal vetëm për të parë nëse i plotësoni kushtet për sigurim shëndetësor.



HAPI 2: PERSONI 1 (Nisni me veten tuaj.)

Plotësoni Hapin 2 për veten tuaj, bashkëshortin/partnerin dhe fëmijët që jetojnë me ju, si edhe çdo që keni deklaruar në aplikimin vjetor të taksave nëse mbushni një të tillë. Shikoni faqen 1 për më shumë shpjegime mbi personat që duhet të përfshini. Nëse nuk mbushni aplikim vjetor të taksave, përsëri duhet të përfshini anëtarët e familjes që jetojnë me ju.

1. Emri	Emri i dytë	Mbiemri	Titulli
[Blank input fields]			

2. Lidhja me PERSONIN 1? VETJA	3. A jeni i/e martuar <input type="radio"/> Po <input type="radio"/> Jo	4. Data e lindjes (mm/dd/viti) [Blank input fields]	5. Gjinia <input type="radio"/> Maskull <input type="radio"/> Femër
--	--	--	---

6. Numri i sigurimeve shoqërore (SSN) [Blank input fields]

★ Ky na duhet nëse doni sigurim shëndetësor dhe keni SSN. Edhe nëse nuk doni sigurim shëndetësor për veten tuaj, SSN na ndihmon se përshpejton procesin e aplikimit. Ne e përdorim SSN për të parë nëse i përmbushni kushtet për sigurime nëpërmjet Marketplace dhe nëse aplikoni, për të ndihmuar me shpenzimet e tyre. Për t'u pajisur me SSN, telefononi tek Sigurimet Shoqërore 1-800-772-1213, ose vizitoni socialsecurity.gov. TTY users should call 1-800-325-0778.

7. **A planifikoni të plotësoni aplikimin e taksave VITIN QË VJEN?** Mund të aplikoni për sigurim shëndetësor edhe nëse nuk aplikoni për taksat federale.

PO. Nëse po, ju lutemi përgjigjuni pyetjeve a-c. **JO. Nëse jo**, shkoni tek pyetja c.

a. Do të aplikoni së bashku me bashkëshortin/en? Po Jo
Nëse po, shkruani emrin e bashkëshortit/es: [Blank input field]

b. A do të deklaroni vartës në aplikimin e taksave? Po Jo
Nëse po, shkruani emrat e vartësve: [Blank input field]

c. Do t'ju deklarojnë si vartës në aplikimin e taksave? Po Jo
Nëse po, ju lutemi shkruani emrin e aplikuesit të taksave: [Blank input field] Cila është lidhja juaj me aplikuesin e taksave? [Blank input field]

8. A jeni shtatzanë? Po Jo a. **If Nëse po**, sa bebe prisni nga kjo shtatzani? [Blank input field]

9. **A keni nevojë për sigurim shëndetësor?** Edhe nëse keni sigurim shëndetësor, mund të gjendet një program që ka sigurim më të mirë ose kosto më të ulët.

PO. Nëse po, përgjigjuni të gjitha pyetjeve më poshtë. **JO. Nëse jo**, SHKONI tek pyetjet mbi të ardhurat në faqen 3. Lëreni bosh pjesën tjetër të kësaj faqeje.

10. A keni ndonjë problem shëndetësor fizik, mendor ose emocional që kufizon aktivitetin tuaj (si larjen, veshjen, punët e përditshme, etj.) ose jetoni në një institucion mjekësor ose azil? Po Jo

11. Jeni **qytetar amerikan** ose me **nënshitetesi amerikane**? Po Jo

12. Jeni **qytetar i natyralizuar** apo **qytetar me prejardhje amerikane**? (Kjo zakonisht nënkupton se keni lindur jashtë SHBA-së.)

PO. Nëse po, plotësoni a dhe b. **JO. Nëse jo**, vazhdoni me pyetjen 13.

a. Numri alien: [Blank input field] b. Numri i certifikatës: [Blank input field] Pasi të plotësoni a dhe b, SHKONI tek pyetja 14.

13. **Nëse nuk jeni qytetar ose nënshitetas amerikan**, a keni status emigranti që ju kualifikon për sigurim? **PO.** Vendosni llojin e dokumentit dhe numrin e identifikimit. *Shikoni udhëzimet.*

Lloji i dokumentit të emigracionit. [Blank input field]	Lloji i statusit (pa detyrim) [Blank input field]	Shkruani emrin njësoj siç paraqitet në dokumentin e emigracionit. [Blank input field]
--	--	--

Numri alien ose I-94. [Blank input field]	Numri i pashaportës ose i kartës. [Blank input field]
Numrin identifikues SEVIS, ose datën e skadimit (pa detyrim). [Blank input field]	Tjetër (kodin e kategorisë ose vendin që e ka lëshuar dokumentin). [Blank input field]

a. A jetoni në Shtetet e Bashkuara që nga viti 1996? Po Jo
b. A jeni ju ose bashkëshorti, ose prindi, veteran ose anëtar aktiv i ushtrisë amerikane? Po Jo

14. A dëshironi ndihmë me pagesën e faturave mjekësore për tre muajt e fundit? Po Jo

15. A jetoni me të paktën një fëmijë nën moshën 19 vjeç, dhe a jeni ju personi kryesor që kujdeset për këtë fëmijë? (Zgjidhni "po" nëse ju ose bashkëshorti/ja juaj kujdeseni për këtë fëmijë.) Po Jo

16. Na thoni emrat dhe lidhjet me çdo fëmijë nën 19 vjeç që jeton me ju në banesën tuaj:
[Blank input field]

17. A jeni student me kohë të plotë? Po Jo

18. A ishit të birësuar nga dikush në moshën 18 e lart? Po Jo

Pa detyrim: (Plotësojini gjithë sa aplikohen.)

19. **Raca:** I/e bardhë I/e zi ose afrikan-amerikan Indian-Amerikan ose autokton nga Alaska Filipinas Japonez Korean Indian-Aziatik Kinez Vietnamez Aziatik tjetër Havaian autokton Guamanian ose Kamorro Samoan Nga ishujt e tjerë të Paqësorit Tjetër _____

? **A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUAJ?** Vizitoni HealthCare.gov, ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkon ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.



HAPI 2: PERSONI 1 (Nisni me veten tuaj.)

Puna që bëni aktualisht dhe të ardhurat

I/e punësuar: Nëse jeni të punësuar aktualisht, na tregoni të ardhurat tuaja. Filloni me pyetjen 21.

I/e papunësuar. Shkoni tek pyetja 31.

I/e vet-punësuar. Shkoni tek pyetja 30.

Puna aktuale 1:

21. Emri i punëdhënësit

a. Adresa e punëdhënësit

b. Qyteti

c. Shteti

d. Kodi Postar ZIP

22. Numri i telefonit të punëdhënësit

23. Rroga/bakshishet (para taksave)

\$

Në orë

Në javë

Në çdo dy javë

Dy herë në muaj

Mujore

Vjetore

24. Mesatarja e orëve që punoni çdo JAVË

Puna aktuale 2: (Nëse keni punë të tjera dhe keni nevojë për më shumë hapësirë, bashkangjisni dhe një fletë tjetër letre.)

25. Emri i punëdhënësit

a. Adresa e punëdhënësit

b. Qyteti

c. Shteti

d. Kodi Postar ZIP

26. Numri i telefonit të punëdhënësit

27. Rroga/bakshishet (para taksave)

\$

Në orë

Në javë

Në çdo dy javë

Dy herë në muaj

Mujore

Vjetore

28. Mesatarja e orëve që punoni çdo JAVË

29. **Vitin e shkuar, ju:** Ndërruar punë Ndaluar punë Punuat më pak orë Asnjë nga këto

30. Nëse jeni të vetëpunësuar, plotësoni a dhe b:

a. Lloji i punës:

b. Sa të ardhura neto (fitimi pas pagesës së shpenzimeve) do të merrni nga vet-punësimi juaj këtë muaj? *Shikoni udhëzimet.*

\$

31. **Të ardhurat e tjera që do të merrni këtë muaj:** Plotësoni gjithë sa aplikohet, vendosni shumën e të ardhurave dhe sa shpesh i merrni ato. Plotësoni këtu nëse nuk ka.

SHËNIM: Nuk keni pse të na tregoni të ardhurat nga pensionet për fëmijët, pagesat si veteran apo Të ardhurat Shtesë prej Sigurimeve (SSI).

<input type="radio"/> Papunësiat	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Shuma që merrni për mbështetje financiare nga divorci	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensioni	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Vlera neto nga bujqësia/peshkimi	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Sigurimet Shoqërore	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Vlera neto nga qiradhënia/intererat	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Kursimet për pensionin	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Të ardhura të tjera	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>
			Lloji: <input type="text"/>		

32. **Zbritjet:** Plotësoni gjithë sa aplikohet, vendosni shumën e pagesave dhe sa shpesh i paguani ato. Nëse paguani për sende që mund të zbriten nga taksat federale dhe na tregoni për to, kostoja e sigurimeve shëndetësore mund të ulet pak më shumë. **SHËNIM:** Mos përfshini pensionin që paguani për fëmijët, ose koston që e keni futur në përgjigjen tuaj për të ardhurat neto nga vetëpunësimi (pyetja 30b).

<input type="radio"/> Shuma që paguani për mbështetje financiare nga divorci	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Zbritje të tjera	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Student Interesat e huasë studentore	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	Lloji: <input type="text"/>		

33. **Plotësoni këtë pyetje nëse të ardhurat tuaja ndryshojnë gjatë vitit,** p.sh. nëse punoni në një punë vetëm për një pjesë të vitit ose merrni benefite për disa muaj. Nëse nuk prisni ndryshime tek të ardhurat mujore, vazhdoni me personin tjetër.

Të ardhurat tuaja **këtë vit**

\$

Të ardhurat tuaj vitin **e ardhshëm** (nëse mendoni se mund të ndryshojnë)

\$

Ju faleminderit! Vetëm kaq na duhet të dijme për ju.

A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUAJ? Vizitoni [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkonti ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.



HAPI 2: PERSONI 2

Shënim: Nëse ky person nuk ka nevojë për kujdes shëndetësor, plotësoni vetëm pyetjet 1-10 në këtë faqe. Kopjoni faqet 4-5 nëse ka më shumë se 2 veta në familjen tuaj.

Plotësoni këtë faqe për bashkëshortin/partnerin dhe fëmijët që jetojnë me ju, dhe cilindo që keni deklaruar në aplikimin vjetor të taksave nëse mbushni një të tillë. Nëse nuk mbushni aplikim vjetor të taksave, përsëri duhet të përfshini anëtarët e familjes që jetojnë me ju. Shikoni faqen 1 për më shumë shpjegime për personat që duhet të përfshini.

1. Emri	Emri i dytë	Mbiemri	Titulli
[Blank space for name and title]			

2. Lidhja me PERSONIN 1? <i>Shikoni udhëzimet.</i>	3. A është PERSONI 2 i/e martuar? <input type="radio"/> Po <input type="radio"/> Jo	4. Data e lindjes (mm/dd/viti) [Blank space for birth date]	5. Gjinia <input type="radio"/> Mashkull <input type="radio"/> Femër
--	--	--	--

6. Numri i sigurimeve shoqërore (SSN) [Blank space] - [Blank space] - [Blank space] ★ **Kjo na duhet nëse kërkoni sigurim shëndetësor për PERSONIN 2 dhe PERSONI 2 ka SSN.**

7. A jeton PERSONI 2 në të njëjtën adresë si PERSONI 1?..... Po Jo
Nëse jo, vendosni adresën: [Blank space]

8. **A planifikon PERSONI 2 të plotësojë aplikimin e taksave VITIN QË VJEN?** (Mund të aplikoni për sigurim shëndetësor edhe nëse PERSONI 2 nuk aplikon për taksat federale.)
 PO. Nëse po, ju lutemi përgjigjuni pyetjeve a-c. **JO. Nëse jo**, shkoni tek pyetja c.

a. A do të aplikojë PERSONI 2 së bashku me bashkëshortin/en?..... Po Jo
Nëse po, shkruani emrin e bashkëshortit/es: [Blank space]

b. Do të deklarojë PERSONI 2 vartës në aplikimin e taksave?..... Po Jo
Nëse po, shkruani emrat e vartësve: [Blank space]

c. A do të deklarojë PERSONI 2 si vartës në aplikimin e taksave?..... Po Jo
Nëse po, ju lutemi shkruani emrin e aplikuesit të taksave: [Blank space] Cila është lidhja e PERSONIT 2 me aplikuesin e taksave? [Blank space]

9. A është PERSONI 2 shtatzënë? Po Jo a. Nëse po, sa bebe pret nga kjo shtatzani? [Blank space]

10. **A ka nevojë PERSONI 2 për sigurime shëndetësore?** (Edhe nëse PERSONI 2 ka sigurim shëndetësor, mund të gjendet një program që mbulon më shumë ose ka kosto më të ulët.)

PO. Nëse po, përgjigjuni të gjitha pyetjeve më poshtë. **JO. Nëse jo**, MOS i plotësoni pyetjet mbi të ardhurat në faqen 5. Lëreni bosh pjesën tjetër të kësaj faqeje.

11. A ka PERSONI 2 ndonjë problem shëndetësor fizik, mendor ose emocional që kufizon aktivitetin e tij/saj (si larjen, veshjen, punët e përditshme, etj.) ose jeton në një institucion mjekësor ose azil? Po Jo

12. A është PERSONI 2 **qytetar amerikan** ose **me nënshtetësi amerikane**? Po Jo

13. A është PERSONI 2 **qytetar i natyralizuar** apo **qytetar me prejardhje amerikane**? (Kjo zakonisht nënkupton se ka lindur jashtë SHBA-së.)
 PO. Nëse po, plotësoni a dhe b. **JO. Nëse jo**, vazhdoni me pyetjen 14.

a. Numri alien: [Blank space] b. Numri i certifikatës: [Blank space] Pasi të plotësoni a dhe b, SHKONI tek pyetja 15.

14. **Nëse PERSONI 2 nuk është qytetar ose nënshtetas amerikan**, a ka status emigrantit që e lejon të marrë sigurime? **PO. Vendosi llojin e dokumentit dhe numrin e identifikimit. Shikoni udhëzimet.**

Lloji i dokumentit të emigracionit: [Blank space] Lloji i statusit (pa detyrim): [Blank space] Shkruani emrin e PERSONIT 2 ashtu si është shkruar në dokumentin e emigracionit. [Blank space]

Numrin alien ose I-94. [Blank space] Numri i pashportës ose i kartës. [Blank space]

Numri i identifikimit SEVIS, ose datën e skadimit (pa detyrim) [Blank space] Tjetër (kodin e kategorisë ose vendin që e ka lëshuar dokumentin). [Blank space]

a. A jeton PERSONI 2 në Shtetet e Bashkuara që nga viti 1996?..... Po Jo
b. A është PERSONI 2 ose bashkëshorti a prindi i PERSONIT 2, veteran ose anëtar aktiv i ushtrisë amerikane?..... Po Jo

15. A dëshiron PERSONI 2 ndihmë me pagesën e faturave mjekësore për tre muajt e fundit? Po Jo

16. A jeton PERSONI 2 me të paktën një fëmijë nën moshën 19 vjeç, dhe a është PERSONI 2 personi kryesor që kujdeset për këtë fëmijë? (Zgjidhni "po" nëse PERSONI 2 ose bashkëshorti/ja i/e tyre kujdeset për këtë fëmijë.)..... Po Jo

17. Na thoni emrat dhe lidhjet me çdo fëmijë nën 19 vjeç që jetojnë me PERSONIN 2 në banesën e tyre: (Këta mund të jenë të njëjtët fëmijë të paraqitur në faqen 2.)
[Blank space]

18. A ishte PERSONI 2 i birësuar nga dikush në moshën 18 e lart? Po Jo

Ju lutemi, përgjigjuni këtyre pyetjeve nëse PERSONI 2 është 22 vjeç ose më i ri:
19. A ka pasur PERSONI 2 sigurime shëndetësore nëpërmjet punës dhe e ka humbur brënda 3 muajve të shkuar?..... Po Jo
a. Nëse po, vendosni datën e ndërprerjes: [Blank space] / [Blank space] / [Blank space] b. Arsyeja pse u ndërpreu sigurimet: [Blank space]

20. A është PERSONI 2 student me kohë të plotë? Po Jo

Pa detyrim: (Plotësojini gjithë sa aplikohen.)
21. Raca: I/e bardhë I/e zi ose afrikano-amerikan Indian-Amerikan ose autokton nga Alaska Filipinas Japonez Korean Indian-Aziatik Kinez Vietnamez Aziatik tjetër Havaian autokton Guamanian ose Kamorro Samoan Nga ishujt e tjerë të Paqësorit Tjetër _____



HAPI 2: PERSONI 2

Na tregoni për të ardhurat që merr PERSONI 2.
Plotësojeni këtë faqe edhe nëse PERSONI 2 nuk ka nevojë për sigurime shëndetësore.

Puna që bëni aktualisht dhe të ardhurat

- I/e punësuar:** Nëse PERSONI 2 është i punësuar aktualisht, na tregoni të ardhurat e tij/saj. Filloni me pyetjen 23.
- I/e papunësuar:** Shkoni tek pyetja 33.
- I/e vetëpunësuar:** Shkoni tek pyetja 32.

Puna aktuale 1:

23. Emri i punëdhënësit

a. Adresa e punëdhënësit

b. Qyteti

c. Shteti

d. Kodi Postar ZIP

24. Numri i telefonit të punëdhënësit

25. Rroga/bakshishet (para taksave)

\$

Në orë

Dy herë në muaj

Në javë

Mujore

Në çdo dy javë

Vjetore

26. Mesatarja e orëve që punoni çdo JAVË

Puna aktuale 2: (Nëse PERSONI 2 ka punë të tjera, bashkangijni edhe një fletë tjetër letre.)

27. Emri i punëdhënësit

a. Adresa e punëdhënësit

b. Qyteti

c. Shteti

d. Kodi Postar ZIP

28. Numri i telefonit të punëdhënësit

29. Rroga/bakshishet (para taksave)

\$

Në orë

Dy herë në muaj

Në javë

Mujore

Në çdo dy javë

Vjetore

30. Mesatarja e orëve që punoni çdo JAVË

31. Vitin e shkuar, PERSONI 2: Ndërruar punë Ndaluar punë Punuar më pak orë Asnjë nga këto

32. Nëse PERSONI 2 është i vetëpunësuar, përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme:

a. Lloji i punës:

b. Sa të ardhura neto (fitimi pas pagesës së shpenzimeve) do të marrë PERSONI 2 nga vetëpunësimi këtë muaj?

Shikoni udhëzimet.

\$

33. Të ardhura të tjera që do të marrë PERSONI 2 këtë muaj: Plotësojeni gjithë sa aplikohet, vendosni shumën e të ardhurave dhe sa shpesh i merr PERSONI 2 ato. Plotësoni këtu nëse nuk ka. **SHËNIM: Nuk** keni pse të na tregoni të ardhurat e PERSONIT 2 nga pensionet për fëmijët, pagesat si veteran apo Të ardhurat Shtesë prej Sigurimeve (SSI).

<input type="radio"/> Papunësiat	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Shuma që merrni për mbështetje financiare nga divorci	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensioni	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Vlera neto nga bujqësia/ peshkimi	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Sigurimet Shoqërore	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Vlera neto nga qiradhënia/ interesat	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Kursimet për pensionin	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Të ardhura të tjera	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>
			Lloji: <input type="text"/>		

34. Zbritjet: Plotësojeni gjithë sa aplikohet, vendosni shumën e të ardhurave dhe sa shpesh i merr PERSONI 2 ato. Nëse PERSONI 2 paguan për sende që mund të zbriten nga taksat federale dhe na tregoni për to, kostoja e sigurimeve shëndetësore mund të ulet pak më shumë. **SHËNIM:** Nuk duhet të përfshini pensionin për fëmijët që paguan PERSONI 2, ose koston e futur në përgjigjen për të ardhurat neto nga vet-punësimi (pyetja 32b).

<input type="radio"/> Shuma që paguani për mbështetje financiare nga divorci	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Zbritje të tjera	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Student Interesat e huasë studentore	\$ <input type="text"/>	Sa shpesh? <input type="text"/>	Lloji: <input type="text"/>		

35. Complete Plotësojeni këtë pyetje nëse të ardhurat e PERSONIT 2 ndryshojnë gjatë vitit, p.sh. nëse PERSONI 2 punon në një punë vetëm për një pjesë të vitit ose merr benefite për disa muaj. Nëse nuk prisni ndryshime tek të ardhurat mujore të PERSONIT 2, vazhdoni me personin tjetër. ➔

Të ardhurat e PERSONIT 2 këtë vit

\$

Të ardhurat e PERSONIT 2 vitin e ardhshëm

\$

Ju faleminderit! Vetëm kaq na duhet të dimë për PERSONIN 2.

? A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUAJ? Vizitoni HealthCare.gov, ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkon ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.



HAPI 3: Anëtarët e familjes që janë indiano-amerikanë ose autoktonë nga Alaska

1. A jeni ju ose dikush në familjen tuaj indiano-amerikan ose autokton nga Alaska?

- JO. Nëse jo, vazhdoni me Hapin 4. PO. Nëse po, vazhdoni me Hapin 4 dhe plotësoni Shtojcën B, dhe bashkangjiteni me aplikimin tuaj.

HAPI 4: Sigurimet shëndetësore të familjes suaj.

1. Për çdo vit që keni marrë një kredit takse të kështit mujor, a i bëri familja juaj formularët e taksave dhe balancimin e duhur të kreditit të taksës së kështit mujor të përdorur?

- PO, kreditet e taksës së kështit mujor u balancuan. Mbushni rrethin vetëm në qoftë se TË GJITHA këto kanë të bëjnë me ju:
- Keni përdorur pagesa paraprake të krediteve të taksës së kështit mujor (APTC) gjatë një ose më shumë viteve të mëparshme për të ndihmuar në uljen e kostos për mbulimin e sigurimit Marketplace.
 - Personi që figuron në letrat e taksave të familjes suaj i ka dorëzuar formularët e taksave për të ardhurat federale për secilin prej këtyre viteve.
 - Formulari 8962 i IRS-së (healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/) së bashku me kthimin e taksave të taksapaguesit(ve).

2. A doli dikush në këtë aplikim si person që nuk kualifikohet për Medicaid ose për Programin e Sigurimit Shëndetësor të Fëmijëve (CHIP) gjatë 90 ditëve të fundit? (Zgjidhni po vetëm në qoftë se dikush doli si person që nuk kualifikohet për këtë mbulim nga shteti, jo nga Marketplace.) Po Jo

Kush?

Apo, doli dikush në këtë aplikim si person që nuk kualifikohet për Medicaid ose CHIP si rezultat i statusit të tij të emigracionit që prej 1 tetorit 2013? Po Jo

Kush?

A ka aplikuar njeri për sigurim gjatë periudhës së hapjes së regjistrimit të Marketplace? Po Jo

Kush?

3. A ka ndonjë nga personat e vendosur në këtë aplikim ofertë për sigurim shëndetësor nga puna e vet? Shënoni po edhe nëse sigurimet shëndetësore ofrohen nga puna e dikujt tjetër, p.sh. prind ose bashkëshort/e edhe nëse ata nuk e kanë pranuar këtë sigurim shëndetësor.

- PO. Vazhdoni dhe pastaj plotësoni Shtojcën A. A është ky plan sigurimesh për punonjësit shtetërorë? Po Jo
- JO.

4. A ka ndonjë nga ju sigurime shëndetësore aktualisht?

- PO. Nëse po, vazhdoni me pyetjen 6. JO. Nëse jo, SHKONI tek Hapi 5.

5. Të dhëna për sigurimin shëndetësor aktual. (Kopjojeni këtë faqe nëse më shumë se dy veta kanë sigurime shëndetësore aktualisht.)

Vendosni llojin e mbulimit si sigurime nga punëdhënësi, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE; programet shëndetësore të (veteranëve) VA; Peace Corps, etj. (Mos na tregoni për TRICARE, nëse keni Direct Care apo Line of Duty.)

PERSONI 1:

Emri i personit të regjistruar në sigurime shëndetësore

Lloji i sigurimeve:
 Sigurimet nga Punëdhënësi COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE Programi shëndetësor VA Korpusi i Paqes Tjetër

Nëse sigurimet janë nga punëdhënësi: (Do t'ju duhet të plotësoni edhe Shtojcën A.)

Emri i kompanisë të sigurimeve. Numri identifikues i policës së sigurimeve

Nëse është lloj tjetër sigurimesh Plotësoni këtu nëse ky është sigurim shëndeti nga Marketplace.

Emri i kompanisë të sigurimeve. Numri identifikues i policës së sigurimeve

Nëse ky është plan me benefite të kufizuara si p.sh. sigurimet për aksidentet në shkollë? Po Jo

PERSONI 2:

Emri i personit të regjistruar në sigurime shëndetësore

Lloji i sigurimeve:
 Sigurimet nga Punëdhënësi COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE Programi shëndetësor VA Korpusi i Paqes Tjetër

Nëse sigurimet janë nga punëdhënësi: (Do t'ju duhet të plotësoni edhe Shtojcën A.)

Emri i kompanisë të sigurimeve. Numri identifikues i policës së sigurimeve

Nëse është lloj tjetër sigurimesh Plotësoni këtu nëse ky është sigurim shëndeti nga Marketplace.

Emri i kompanisë të sigurimeve. Numri identifikues i policës së sigurimeve

Nëse ky është plan me benefite të kufizuara si p.sh. sigurimet për aksidentet në shkollë? Po Jo



HAPI 5: Miratimi dhe nënshkrimi juaj:

1. A i jepni leje portalit Marketplace të përdorë të dhënat mbi të ardhurat,

përfshirë këtu informacionin nga taksat për 5 vitet e ardhshme? Po Jo

Që të lehtësoni aprovimin tuaj për marrjen e sigurimeve shëndetësore në vitet e ardhshme, jepini leje Marketplace të përdorë informacionin më të ri mbi të ardhurat, përfshirë këtu ato në aplikimet vjetore të taksave. Marketplace do t'ju dërgojë një njoftim ku mund të bëni ndryshimet përkatëse, Marketplace do të kontrollojë nëse i plotësoni ende kushtet, dhe mund t'ju kërkojë të vërtetoni që të ardhurat tuaja i plotësojnë ende kushtet. Mund ta refuzoni në çdo kohë.

Nëse jo, rifreskoni informacionin tim automatikisht për:

- 4 vjet. 2 vjet. Mos përdorni të dhënat nga taksat e mia për të vërtetuar nëse i plotësoj kushtet për ndihmë me pagesën e sigurimeve shëndetësore (zgjedhja e këtij opsioni mund të ndikojë në marrjen e ndihmës për sigurimet shëndetësore në momentin e rinovimit.)
- 3 vjet. 1 vjet.

2. A është ndonjë nga aplikantët e sigurimeve shëndetësore në këtë aplikim i burgosur (paraburgim ose burgim?) Po Jo

Nëse po, vendosni emrin e personit. Emri i të burgosurit është:

Shënoni këtu nëse ky person po pret dënimin përfundimtar.

Nëse dikush në këtë aplikim i plotëson kushtet për Medicaid:

- I jap agjencisë së Medicaid të drejtat tona për të kërkuar dhe marrë para nga sigurimet e tjera shëndetësore, dëmshpërblime ligjore ose palë të treta. Po ashtu i jap agjencisë së Medicaid të drejtë për të kërkuar dhe marrë mbështetje mjekësore nga bashkëshorti/ja ose prindi.
- A ka ndonjë fëmijë i përfshirë në këtë aplikim prind që jeton jashtë banesës?..... Po Jo
- Nëse po, unë e di që do të më kërkohet të bashkëpunoj me agjencinë që mbledh mbështetje mjekësore nga prindi që mungon. Nëse mendoj se do të më dëmtojë mua ose fëmijët e mi bashkëpunimi për të mbledhur mbështetje mjekësore, mund t'ia them Medicaid dhe mund të mos bashkëpunoj me ta.
- E nënshkruaj këtë aplikim duke e ditur se gënjeshtër dënohet me ligj, që do të thotë se u jam përgjigjur ndershmërisht të gjitha pyetjeve në këtë formular me aq sa di unë. E di që mund të dënohem sipas ligjit federal nëse qëllimisht jap të dhëna false ose të pavërteta.
- E di që duhet ta njoftoj portalin Marketplace për Sigurime Shëndetësore brenda 30 ditësh nëse ndryshon diçka (dhe ndryshon nga) ato që kam shkruar në këtë aplikim. Mund të vizitohet HealthCare.gov ose të telefonohet **1-800-318-2596** për të raportuar çdo ndryshim. E kuptoj se ndryshimi në informacionin tim mund të ndikojë në mundësinë time ose të anëtarëve të familjes sime për marrjen e sigurimeve.
- E di se ligji federal ndalon diskriminimin në bazë të racës, ngjyrës, prejardhjes etnike, gjinisë, moshës, orientimit seksual, identitetit gjinor ose gjendjes shëndetësore. Mund të regjistroj një ankesë për diskriminim duke vizituar www.hhs.gov/ocr/office/file.
- E di që të dhënat në këtë formular do të përdoren vetëm për të vendosur nëse kualifikohem për sigurim shëndetësor, nëse duhet të paguaj për atë (po të ma kërkojnë) dhe për qëllimet ligjore të Marketplace dhe programeve të tjera që mbulojnë pagesat e sigurimeve shëndetësore.

Ne e duam këtë informacion për të kontrolluar nëse kualifikoheni për ndihmë me pagesat e sigurimeve shëndetësore nëse aplikoni. Përgjigjet tuaja i kontrollojmë me anë të informacionit në arkivat tona elektronike dhe arkivat e Shërbimit të Brendshëm të Taksave (IRS); Sigurimeve Shoqërore, Departamentit të Mbrojtjes së Vendit, dhe/ose agjencive që raportojnë mbi konsumatorët. Nëse informacioni nuk përputhet, mund t'ju kërkojmë prova të mëtejshme.

Ç'duhet të bëj nëse rezultatet për kualifikim janë të gabuara?

Nëse nuk jeni dakort me rezultatet e kualifikimit, shumicën e rasteve mund të kërkonit apel. Ju lutemi lexoni njoftimet për kualifikimin tuaj për të gjetur udhëzimet për apel për secilin nga personat e familjes suaj i cili ka aplikuar për sigurime shëndetësore, përfshirë këtu afatin për të apeluar. Këtu keni informacion të rëndësishëm për të lexuar nëse kërkonit apel:

- Nëse doni, mund të keni dikë tjetër që të kërkojë apel për ju ose të marrë pjesë në apelin tuaj. Ky person mund të jetë shok, kushëri, avokat ose tjetër person. Ose, mund të kërkonit apel dhe ta kryeni vetë atë.
- Nëse kërkonit apel, mund ta mbani sigurimin shëndetësor gjatë shqyrtimit të apelit tuaj.
- Rezultati i apelit mund ta ndryshojë kualifikimin për anëtarët e tjerë të familjes suaj.

Për të apeluar rezultatet e kualifikimit për Marketplace, vizitoni HealthCare.gov/marketplace-appeals/. Ose telefononi tek Qendra e Marketplace në **1-800-318-2596**. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**. Po ashtu, mundeni të dërgoni kërkesë për apel duke përdorur formularin tonë ose letrën tuaj që kërkon apel tek Health Insurance Marketplace, Dept. of **Health and Human Services**, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Ju mund të apeloni kualifikimin për të blerë sigurime shëndetësore nëpërmjet Marketplace, periudhat e regjistrimit, kompensimet nga taksat, uljen e pagesës kundrejt koston, Medicaid, dhe CHIP, nëse këto u janë refuzuar. Nëse kualifikoheni për kompensime nga taksat ose ulje të pagesës kundrejt koston, mund të apeloni shumat që kemi llogaritur për ju. Në varësi të shtetit ku jetoni, mund të apeloni nëpërmjet Marketplace ose mund të kërkonit apel nga agjencia shtetërore e Medicaid ose CHIP.

PERSONI 1 duhet ta nënshkruajë këtë aplikim. Nëse jeni përfaqësues i autorizuar mund të nënshkruani, por PERSONI 1 duhet të ketë nënshkruar Shtojcën C.

Nënshkrimi

Data e nënshkrimit (mm/dd/viti)

Nëse po e nënshkruani këtë aplikim jashtë Periudhës së Regjistrimit të Hapur (nga 15 nëntori deri në 15 shkurt), duhet të lexoni Shtojcën D ("Pyetje mbi ndryshimet jetësore.")

HAPI 6: Postoni aplikimin e plotësuar



Postoni aplikimin e nënshkruar tek:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001



Nëse doni të regjistroheni për të votuar, mund të plotësoni formularin e votimit tek www.eac.gov.

A JU DUHET NDIHMË PËR APLIKIMIN TUAJ? Vizitoni HealthCare.gov, ose na telefononi tek **1-800-318-2596**. Nëse kërkonit ndihmë në një gjuhë që nuk është anglisht, telefononi tek **1-800-318-2596** dhe kërkojini gjuhën e duhur përfaqësuesit të shërbimit me klientët. Ne do të gjejmë ndihmë falas për ju. Përdoruesit TTY duhet të telefonojnë tek **1-855-889-4325**.

Marrja e ndihmës në gjuhë tjetër përveç anglishtes

Nëse ju apo dikush që ju po ndihmoni ka pyetje rreth Sigurimit Shëndetësor të Marketplace, ju keni të drejtë të merrni ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj falas. Për të folur me një përkthyes, telefononi në numrin **1-800-318-2596**.

Kjo është lista e gjuhëve në dispozicion dhe i njëjti mesazh është shkruar më lart në këto gjuhë.

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.

Marrja e ndihmës në gjuhë tjetër përveç anglishtes (Vazhdim)

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。



Shtojca A

Sigurimet shëndetësore nga puna

DUHET tu përgjigjeni këtyre pyetjeve vetëm nëse dikush në familjen tuaj kualifikohet për sigurime shëndetësore nga puna edhe kur ata e refuzojnë atë. Bashkangjisi një kopje të kësaj faqeje për secilën punë që ofron sigurime

Na përshkruani punën që ofron sigurime.

Kopjojeni këtë faqe dhe jepjani punëdhënësit që ofron sigurime për t'ju ndihmuar në përgjigjen e këtyre pyetjeve.

INFORMACIONI I PUNONJËSIT

1. Emri i punonjësit (Emri, Emri i dytë, Mbiemri)	2. Numri i sigurimeve shoqërore të punonjësit
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

INFORMACIONI I PUNËDHËNËSIT

3. Emri i punëdhënësit/ kompanisë	
<input type="text"/>	
4. Numri identifikues i punëdhënësit (EIN)	5. Numri i telefonit të punëdhënësit
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Tani shkruani informacionin mbi personin apo departamentin që menaxhon përfitimet e punonjësve. Ne mund të kontaktojmë me këtë person nëse kemi nevojë për më shumë informacion:

6. Personi apo departamenti me të cilin mund të kontaktojmë rreth sigurimit shëndetësor të punonjësve		
<input type="text"/>		
7. Adresa e punëdhënësit (Marketplace mund të dërgojë njoftime në këtë adresë)		
<input type="text"/>		
8. Qytet	9. Shteti	10. Kodi Postar ZIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Numri i telefonit (nëse ndryshon nga ai më sipër)	12. Adresa e emailit:	
(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. A është punonjësi aktualisht i kualifikuar për sigurimet e ofruara nga ky punëdhënës, apo do të kualifikohet brenda 3 muajve të ardhshëm?

PO (Vazhdoni)

JO (PUNËDHËNËSI: NDALONI dhe jepjani formularin punonjësit. PUNONJËSI: kthehuni tek aplikimi juaj për sigurim nga Marketplace.)

a. Nëse punonjësi nuk kualifikohet sot, duke përfshirë periudhën e pritjes apo provës, kur do të bëhet punonjësi i kualifikueshëm për sigurim? (mm/dd/viti)

b. A ofron punëdhënësi plan shëndeti që mbulon bashkëshortin/en apo vartësit e punonjësit?

PO. Nëse po, për cilët njerëz? Bashkëshorti/ja Vartësi(t)

JO (Shkoni tek pyetja 14.)

Shënoni emrat e çdo personi tjetër në familjen e punonjësit që kualifikohet për sigurim nga kjo punë.

Emri

Emri

Emri

Vazhdon në faqen tjetër

MOS E PLOTËSONI. KY NUK ËSHTË APLIKIM.

Përshkruani planin shëndetësor më të lirë që ofron ky punëdhënës.

14. A ofron punëdhënësi një plan që plotëson standartin e vlerës minimale*?

PO (Shko tek pyetja 15.) **JO** (NDALO dhe ktheje këtë formular tek punonjësi.)

15. Sa duhet të paguajë punonjësi për planin me koston më të ulët që përmbush standartin e vlerës minimale që i ofrohet **vetëm punonjësit**? Mos përfshini planet familjare. **SHËNIM:** Nëse punëdhënësi ofron programe mirëqenieje, shënoni primin që punonjësi do të paguante nëse ka marrë zbritjen maksimale të koston për çdo program të ndërprerjes së duhanit dhe nuk ka marrë asnjë zbritje tjetër bazuar ne programet e mirëqenies.

a. Punonjësi duhet të paguajë këtë prim: \$

SHËNIM: Shënoni shumën më të vogël që punonjësi duhet të paguajë për sigurim shëndetësor.

b. Punonjësi duhet të paguajë këtë shumë: Në javë Në çdo dy javë Dy herë në muaj Një herë në muaj Një herë në tre muaj
 Vjetore

(Shko tek pyetja tjetër.)

16. Çfarë ndryshimesh do të bëjë punëdhënësi për planin e ri vjetor?

Punëdhënësi nuk do të ofrojë sigurim shëndetësor nga kjo datë: (mm/dd/viti)

Shuma e primit do të ndryshojë për planin me koston më të ulët që përmbush standartin* e vlerës minimale dhe është vetëm në dispozicion të punonjësit. (Primi duhet të reflektojë vetëm ulje për programet e ndërprerjes së duhanit. Shiko pyetjen 15.)

a. Punonjësi duhet të paguajë këtë prim: \$

b. Sa shpesh? Në javë Në çdo dy javë Dy herë në muaj Një herë në muaj Një herë në tre muaj Vjetore

c. Data e ndryshimit: (mm/dd/viti)

Nuk e di nëse punëdhënësi do të bëjë ndryshime.

Punëdhënësi nuk do të bëjë asnjë nga këto ndryshime.

*Një plan shëndeti përmbush standartin e vlerës minimale nëse paguan të paktën 60% të koston totale të shërbimeve mjekësore për një popullsi standarte dhe ofron mbulim substancial të shërbimeve spitalore dhe të mjekut. Shumica e planeve që ofrohen nga puna përmbushin standartin e vlerës minimale.





Shtojca C

Ndihmë për plotësimin e këtij aplikimi

Vetëm për këshilltarët e certifikuar për aplikimet, navigatorët, agjentët dhe komisionerët.

Plotësoni këtë seksion nëse jeni këshilltar i certifikuar për aplikimet, navigator agjent ose komisioner që po e mbush aplikimin për dikë tjetër.

1. Data e fillimit të aplikimit (mm/dd/viti)

2. Emri, emri i dytë, mbiemri dhe titulli

3. Emri i organizatës

4. Numri i Identifikimit (nëse ka)

5. Vetëm agjenti/komisioneri: Numri i NPN

Mund të autorizoni një përfaqësues.

Mund t'i jepni një personi të besuar leje që të flasë me ne për këtë aplikim, të shohë informacionin tuaj dhe të veprojë për ju në çështjet që lidhen me këtë aplikim, si marrja e informacionit për aplikimin tuaj dhe nënshkrimi i tij për ju. Ky person quhet "përfaqësues i autorizuar". Nëse doni të ndryshoni ose hiqni përfaqësuesin tuaj të autorizuar, kontaktoni Marketplace. Nëse jeni përfaqësues i ligjshëm i dikujt në këtë aplikim, dorëzoni një provë së bashku me aplikimin..

1. Emri i përfaqësuesit të autorizuar (Emri, emri i dytë, mbiemri)

2. Adresa

3. Numri i apartamentit ose zyrës

4. Qyteti

5. Shteti

6. Kodi Postar ZIP

7. Numri i telefonit

8. Emri i organizatës

9. Numri i Identifikimit (nëse ka)

Nënshkrimi i këtij dokumenti e lejon këtë person të nënshkruajë aplikimin tuaj, të informohet zyrtarisht për këtë aplikim dhe t'ju përfaqësojë ju në të gjitha çështjet e lidhura me këtë aplikim.

10. Nënshkrimi i PERSONIT 1 të vendosur në këtë aplikim

11. Data e nënshkrimit (mm/dd/viti)





Shtojca D

Pyetjet për ndryshimet jetësore

(Duhet ta plotësoni aplikimin së bashku me këtë faqe. Mos e dorëzoni këtë faqe vetëm.)

Nëse dikush në këtë aplikim ka pasur ndryshime jetësore në 60 ditët e fundit, plotësoni pyetjet e mëposhtme. Disa nga ndryshimet jetësore bëjnë që sigurimi juaj nga Marketplace të fillojë menjëherë. Ne gjithashtu rekomandojmë që ju t'i përgjigjeni këtyre pyetjeve nëse jeni duke aplikuar pas përfundimit të periudhës së hapjes së regjistrimit dhe përpara se të fillojë periudha e hapjes së regjistrimit për vitin e ardhshëm.

Pyetjet nuk janë të detyrueshme. Nëse jeta juaj nuk ka ndryshuar, lërini përgjigjet bosh. Mund të regjistroheni në Medicaid dhe Programin e Sigurimeve Shëndetësore të Fëmijëve (CHIP) në çdo kohë gjatë vitit, edhe nëse jeta juaj nuk ka ndryshuar. Anëtarët e fiseve që njihen nga qeveria federale dhe aksionerët autoktonë nga Alaska mund të regjistrohen për sigurime nëpërmjet Marketplace në çdo kohë gjatë vitit.

Përshkruani ndryshimet në familjen tuaj.

1. A ka humbur ndokush sigurim kualifikues shëndetësor në 60 ditët e fundit, apo pret të humbë sigurim kualifikues shëndetësor në 60 ditët e ardhshme?

Emrat <input type="text"/>	Data kur mbaroi ose do të mbarojë sigurimi (mm/dd/viti) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Shënoni këtu nëse sigurimi mbaroi për shkak se nuk u paguan këstet.	

2. A është martuar ndokush në 60 ditët e fundit?

Emrat <input type="text"/>	Data (mm/dd/viti) <input type="text"/>
-------------------------------	---

3. A është liruar ndokush nga burgju (apo paraburgimi) në 60 ditët e fundit?

Emrat <input type="text"/>	Data (mm/dd/viti) <input type="text"/>
-------------------------------	---

4. A ka fituar ndokush status të ri emigracioni në 60 ditët e fundit?

Emrat <input type="text"/>	Data (mm/dd/viti) <input type="text"/>
-------------------------------	---

5. A është adoptuar ndokush, është vendosur për adoptim apo kujdestari në 60 ditët e fundit?

Emrat <input type="text"/>	Data (mm/dd/viti) <input type="text"/>
-------------------------------	---

6. A është bërë ndokush vartës si pasojë e një vendimi gjykate për mbështetje financiare për fëmijë apo vendimi tjetër në 60 ditët e fundit?

Emrat <input type="text"/>	Data (mm/dd/viti) <input type="text"/>
-------------------------------	---

7. A ka ndryshuar ndokush vendndodhjen kryesore të banimit në 60 ditët e fundit?

Emrat <input type="text"/>	Data e transferimit (mm/dd/viti) <input type="text"/>
-------------------------------	--

Cili është kodi postar i adresës tuaj të mëparshme? Shkruani këtu nëse keni ardhur nga një shtet i huaj apo territor i S.H.B.

a. A ka patur ndonjë nga këta individë sigurim kualifikues shëndetësor gjatë 60 ditëve të fundit? Po Jo

Nëse po, shkruani emrin (emrat) këtu poshtë:

Emrat <input type="text"/>
