



## 건강관리 혜택에 대한 신청과 비용 지불에 대한 도움

Form Approved  
OMB No. 0938-1213

➔ HealthCare.gov 에서 온라인으로 빠르게 신청하세요

자격이 있는 혜택에 대해  
알아보기 위해 이 신청  
서식을 사용하세요

- 귀하를 건강하게 유지하는 데 도움이 되는 종합적인 혜택을 제공하는 알맞은 가격의 개인 건강 보험 플랜
- 건강 혜택에 대해 보험료 지불을 즉시 지원하는 신규 세액 공제.
- Medicaid나 어린이의 건강 보험 프로그램 (CHIP)의 무료나 저 비용 혜택.  
연간 \$97,200의 소득이 있다고 하더라도 무료나 저 비용 프로그램의 자격을 가질 수 있습니다.

이 신청은 누가 사용할  
수 있나요?

- 가족 누구에게도 적용하도록 이 신청서를 이용하세요.
- 귀하나 귀하의 자녀가 이미 건강 혜택을 보유하고 있다고 하더라도 신청하십시오. 저 비용이나 무료 혜택의 자격이 있을 수 있습니다.
- 귀하가 미혼이라면, 간략한 서식을 사용할 수 있습니다 [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).
- 이민자들을 포함한 가족들이 신청할 수 있습니다. 혜택 수여의 자격이 없어도 귀하의 자녀를 위해 신청할 수 있습니다. 신청으로 이민 상태나 영주권 또는 시민권 자격 획득의 기회에 영향을 주는 것은 아닙니다.
- 다른 사람이 이 신청서 작성에 도움을 준다면, 부록 C를 작성해야 할 수도 있습니다.



## 신청에 필요한 것들

- 사회보장 번호 (또는 혜택이 필요한 자격 있는 이민자의 서류번호).
- 고용주와 가족 모두의 소득 정보 (예를 들면, 급여 명세서, W-2 서식, 또는 급여 및 세금 명세서).
- 현재 가입하고 있는 건강 보험의 보험 번호.
- 직업과 관련된 가족에 대한 건강 보험 정보.

이 정보를 요청하는  
이유는?

당사는 귀하가 어떤 혜택에 자격이 있으며 이에 대한 지불 상의 도움을 얻을 수 있는지 알려드리기 위해 소득과 기타의 정보를 묻는 것입니다. **귀하가 제공한 모든 정보는 법률이 지정한 바에 따라 비밀로 취급하며 보안을 보장합니다.** 개인 정보 보호 정책 법조문을 보려면 [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)를 방문하거나 지시사항을 보십시오.



## 다음의 단계는?

페이지 7에 나와있는 주소로 작성되고 날인한 신청서를 보내주십시오. **당사가 요청하는 모든 정보가 없더라도, 신청서에 날인하여 제출해 주십시오.** 당사는 1-2주 내에 회답을 드리며, 더 이상의 정보가 필요할 때 Marketplace로부터 전화를 받을 수 있습니다. 신청서가 처리된 후 자격 결정에 대한 편지를 받으실 것입니다. 당사에게 연락을 받지 못할 경우, Marketplace 콜센터에 문의해 주십시오. 이 신청서를 작성하는 것이 건강 보험에 가입하는 것을 의미하지는 않습니다.

이 신청으로 도움을  
받으세요

- **온라인:** [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).
- **전화로:** 콜센터 1-800-318-2596로 전화해주세요. TTY 사용자는 1-855-889-4325로 전화해야 합니다.
- **방문하여:** 도움을 줄 수 있는 카운슬러가 귀하의 지역에 있을 수 있습니다. 상세한 정보를 원하시면 [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)를 방문하거나, Marketplace 콜센터 1-800-318-2596로 전화하십시오.
- **기타 언어:** 영어 외에 기타의 언어로 도움이 필요하다면, 1-800-318-2596로 전화하여 고객 서비스 담당자에게 필요한 언어를 요청하세요. 당사는 무료로 도움을 드립니다.

귀하에게는 다른 형식으로 이 보험 상품에 대한 정보를 얻을 권리가 있습니다. 귀하가 또한 차별을 받았다고 느끼면 불만 사항을 신고할 권리도 있습니다. 상세한 정보를 원하시면 [www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](http://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html) 방문하거나, 다음의 Marketplace 콜센터로 연락해 주십시오 1-800-318-2596. TTY 사용자는 1-855-889-4325로 전화하셔야 합니다.



검정이나 어두운 형색 잉크만을 사용하여 대문자로 써 주십시오.  
예시된 것처럼 동그라미 (○) → ● 를 채워 주십시오.

## 제 1단계: 자신에 대해 설명해 주세요.

(귀하의 신청에 대해 가족 중 한 명의 성인이 연락을 위해 필요합니다.)

1. 이름		중간 이름	성	마지
[Blank]				
2. 집주소 (거주지가 없는 경우 공란으로 남겨 두십시오.)			3. 아파트 또는 스위트 호수	
[Blank]			[Blank]	
4. 도시명	5. 주명	6. 우편 번호	7. 카운티, 행정 교구나 타운 명	
[Blank]	[Blank]	[Blank]	[Blank]	
8. 우편 주소 (집주소와 다른 경우 기술해 주십시오)			9. 아파트 또는 스위트 호수	
[Blank]			[Blank]	
10. 도시명	11. 주명	12. 우편번호	13. 카운티, 행정 교구나 타운 명	
[Blank]	[Blank]	[Blank]	[Blank]	
14. 낮시간 동안의 전화번호 ( [Blank] ) [Blank] - [Blank]		15. 저녁 시간의 전화번호 ( [Blank] ) [Blank] - [Blank]		
[Blank]		[Blank]		
16. 이 신청서에 대한 정보를 이메일로 받으시길 원하나요? ..... <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오				
이메일 주소: [Blank]				
17. 선호하는 구술 언어는 무엇인가요? 선호하는 쓰기 언어는 무엇인가요? [Blank]				

## 제 2단계: 귀하의 가족에 대해 설명해 주세요.

### 이 신청서에 포함될 필요가 있는 사람은 누구인가요?

가족과 가정의 모든 이들에 대해 이미 건강 보험에 가입하고 있더라도 제 2단계 페이지를 작성하십시오. 이 신청서에 기재된 정보는 당사가 드리는 가능한 최고의 혜택을 받도록하는 데 도움이 됩니다. 자격이 있는 도움의 액수나 프로그램 유형은 가족 수와 그들의 소득 수준에 기준합니다. 이미 건강 보험에 가입했다고 하더라도 누군가 포함시키지 않으면, 귀하의 자격 조건에 영향을 미칩니다.

#### 혜택이 필요한 성인들에 대해:

건강 보험에 가입하지 않더라도 아래의 사람들을 포함시켜 주십시오.

- 배우자
- 의붓 자식을 포함하여 21세 미만의 아들들이나 딸들
- 동일한 연방 소득세 신고 상의 기타의 사람들 (부모 소득세 신고 상에 청구된 21세 미만의 어린이 포함). 건강 보험에 가입하기 위해 세금을 신고할 필요는 없습니다.

#### 혜택이 필요한 21세 미만의 자녀들:

건강 보험에 가입하지 않더라도 아래의 사람들을 포함시켜 주십시오:

- 함께 거주하는 부모 (또는 계부모)
- 함께 거주하는 형제 자매들
- 의붓 자식들을 포함한 함께 거주하는 아들이나 딸
- 동일한 연방 소득세 신고 상에 기재된 기타의 사람들 건강 보험에 가입하기 위해 세액을 신고할 필요는 없습니다.

### 가정의 각 구성원에 대해 제 2단계를 작성해 주세요.

자신부터 기재하고 기타의 성인들과 자녀들에 대해 작성해 주십시오. 가족 구성원이 2인 이상이라면, 페이지를 복사하여 첨부하십시오.

건강보험이 필요하지 않은 가족에 대한 이민 상태나 사회보장 번호 (SSN)를 제공할 필요는 없습니다. 법률이 정한 바에 따라 귀하가 제공한 모든 정보는 비밀로 보안이 지켜집니다. 당사는 귀하의 건강 보험 자격 확인을 위해서만 개인적인 정보를 사용할 것입니다.



## 제 2단계: 대상자 1 (자신에 대해 먼저 기술하십시오.)

자신과 같이 사는 배우자/동거인 그리고 자녀들에 대해 작성한 후 신고된 동일한 연방 소득세 신고 상의 다른 사람에 대해 기술해 주십시오. 누구를 포함시키는가에 대한 상세 내용은 1페이지를 보십시오. 세액 신고를 하지 않는다고 하더라도, 같이 사는 가족 구성원들을 추가하는 것을 잊지 마십시오.

1. 이름	중간 이름	성	마지막 이름
[Blank input fields]			

2. 대상자 1과의 관계는? <b>자신</b>	3. 기혼자인가요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오	4. 생년 월일 (월/일/연도) [Blank input fields]	5. 성별 <input type="radio"/> 남 <input type="radio"/> 여
------------------------------	---	---	--

6. 사회 보장 번호 (SSN) [Blank input fields]

**★ 건강 보험에 가입하려면 사회 보장 번호 (SSN)가 필요합니다. SSN을 기재하거나 취득하십시오.** 당사는 건강 보험료 납부에 자격이 있는 사람이 누군가 확인하기 위해 소득 및 기타의 정보 확인용으로 SSN을 확인합니다. SSN을 취득하는 데 도움이 필요하다면, [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov)을 방문하거나, 사회보장 부서 1-800-772-1213로 전화하십시오. TTY 사용자들은 1-800-325-0778로 전화하셔야 합니다.

7. 차기년도 연방소득세 신고를 계획하시나요? 연방소득세 신고를 하지 않더라도 보험에 가입할 수 있습니다.

예 만약 예라면, 질문 a-c에 응답해 주세요.  아니오. 만약 아니라면, 질문 c로 넘어가세요.

a. 배우자와 연합하여 신고하시겠습니까? .....  예  아니오  
만약 예라면, 배우자의 이름을 기재해 주세요: [Blank input field]

b. 세액 신고에 부양자들을 청구하시겠습니까? .....  예  아니오  
만약 예라면, 부양자들의 이름(들)을 적어 주십시오. [Blank input field]

c. 다른 이의 세액 신고에 부양자로 청구될 것인가요? .....  예  아니오  
만약 예라면, 세액 신고자의 이름을 기재해 주십시오: [Blank input field] 세액 신고자와 어떤 관계인가요? [Blank input field]

8. 귀하는 임신 중인가요? .....  예  아니오 a. 만약 예라면, 이 임신 기간 중 몇명의 아기를 예상하시나요? [Blank input field]

9. 건강 보험이 필요하신가요? 건강 보험에 가입되어 있더라도, 더 나은 혜택이나 저렴한 비용의 프로그램이 있을 수 있습니다.

예. 만약 예라면, 아래의 모든 질문에 응답해 주십시오.  아니오. 만약 아니라면, 3페이지의 소득 관련 질문으로 가주십시오. 이 페이지의 나머지 부분을 공란으로 남겨두십시오.

10. 활동(목욕, 옷입기, 정기적 활동 등)에 제약을 주는 신체적, 정신적, 또는 감성적인 건강 조건이 있거나 의료 시설이나 양로원에서 거주하시나요?  예  아니오

11. 귀하는 미국 시민이거나 미국 국민인가요? .....  예  아니오

12. 귀하는 귀화인이거나 파생 시민인가요? (이 경우는 언제나 미국 이외의 지역에서 출생함을 의미합니다.)

예. 만약 예라면, a와 b를 작성해 주세요.  아니오. 만약 아니라면, 질문 13으로 계속하십시오.

a. 외국인 등록 번호: [Blank input field]	b. 증명서 번호 [Blank input field]	a와 b를 작성한 후, 질문 14로 넘어가십시오.
--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

13. 귀하가 미국 시민이나 미국 국민이 아니라면, 이민자의 자격에 충족하시나요?  예. 문서 유형과 신분증 번호를 입력해 주세요. 지시사항을 보십시오.

이민 문서 유형 [Blank input field]	상태 유형 (옵션) [Blank input field]	이민 문서에 나타내진 대로 귀하의 이름을 적어 주십시오 [Blank input field]
---------------------------------	-----------------------------------	---

외국인 등록 번호 또는 I-94 번호 [Blank input field]	카드 번호나 여권 번호 [Blank input field]
---	-------------------------------------

SEVIS ID나 만료일 (옵션) [Blank input field]	기타 (분류 코드나 발급 국가) [Blank input field]
---	--

a. 미국에 1996년 부터 살고 계셨나요? .....  예  아니오

b. 귀하, 귀하의 배우자, 또는 부모가 미군의 재향 군인 또는 현역직 종사자인가요? .....  예  아니오

14. 지난 3개월간의 의료비 지불에 대한 도움을 받고자 하나요? .....  예  아니오

15. 연령 19세 미만의 최소한 한 자녀와 함께 거주하며, 이 자녀를 돌보는 주요 인물인가요? (이 자녀를 귀하의 배우자가 돌본다면 "예"를 선택하세요.) .....  예  아니오

16. 가정에 함께 거주하는 19세 미만의 자녀의 이름과 관계를 기술해 주십시오:  
[Blank input field]

17. 귀하는 풀타임 학생인가요? .....  예  아니오 18. 연령 18세 이상일 때 가정 위탁이 된 적이 있나요? .....  예  아니오

**선택형 질문** (적용되는 모든 칸을 작성해 주세요.)

20. 인종:  백인  흑인 또는 아프리카 아메리칸  아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민  필리핀인  일본인  한국인  아시아 인도인  중국계  월남인  기타 아시아인  하와이 원주민  괌 주민 또는 차모르  사모아인  기타 태평양 군도 인종  기타 [Blank input field]

**?** 신청서 작성에 도움이 필요한가요? [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)를 방문하거나, 1-800-318-2596로 연락주세요. 영어가 아닌 언어로 지원을 받으려면, 1-800-318-2596로 연락하여 필요한 언어를 요청하십시오. 당사는 무료로 지원을 드립니다. TTY 사용자는 1-855-889-4325에 연락하셔야 합니다.



## 제 2단계: 대상자 1 (자신에 대해 계속 작성해 주십시오.)

### 현재 직업 및 소득에 대한 정보

- 고용됨:** 현재 직업을 갖고 있다면, 소득에 대해 기술해 주십시오. 질문 21에서 시작해 주세요.
  **미고용 상태:** 질문 31로 넘어가 주십시오.
  **자영업:** 질문 30으로 넘어가 주십시오.

### 현재 직업 1:

21. 고용주 이름

a. 고용주 주소

b. 도시명

c. 주명

d. 우편번호

22. 고용주의 전화 번호

23. 급여/사레금(세전)

- 시급       주급       매 2주 당  
 월 2회       월급       연봉

24. 각 주 당 평균 근무 시간

### 현재 직업 2: (기타의 직업을 가지고 여백이 더 필요하다면, 종이를 첨부해 주십시오.)

25. 고용주 이름

a. 고용주 주소

b. 도시명

c. 주명

d. 우편번호

26. 고용주의 전화 번호

27. 급여/사레금(세전)

- 시급       주급       매 2주 당  
 월 2회       월급       연봉

28. 각 주 당 평균 근무 시간

29. 과거 년도에 행한 활동들 중:  직업을 바꿨다     일을 그만 뒀다     더 적은 시간동안 근무했다     위에 있는 내용 아무 것에도 해당되지 않는다

30. 자영업자라면, a와 b에 대해 주십시오:

a. 직무 유형: \_\_\_\_\_

b. 이번 달에 이 자영업으로부터 얼마 만큼의 순 소득(사업상의 비용 공제 후의 이윤)을 벌게 됩니까? 지 시 사항을 보십시오. \$ \_\_\_\_\_

31. 이번 달에 벌어들이는 기타의 소득: 해당되는 모든 난을 작성하고, 액수와 소득의 횟수를 기재해 주십시오.. 없는 경우 이곳을 작성해 주세요.  주: 자녀의 지원, 재향 군인 연금, 또는 생활 보조금(SSI) 으로 인한 소득에 대해서 말할 필요가 없습니다.

<input type="radio"/> 미고용	\$ _____	횟수? _____	<input type="radio"/> 지급된 이혼 수당	\$ _____	횟수? _____
<input type="radio"/> 연금	\$ _____	횟수? _____	<input type="radio"/> 순 농업/어업 소득	\$ _____	횟수? _____
<input type="radio"/> 사회보장 연금	\$ _____	횟수? _____	<input type="radio"/> 순 임대료/로열티	\$ _____	횟수? _____
<input type="radio"/> 퇴직 계정	\$ _____	횟수? _____	<input type="radio"/> 기타 소득 유형: _____	\$ _____	횟수? _____

32. 공제액: 해당되는 곳에 모두, 그리고 액수와 횟수를 기재해 주십시오. 연방소득세 신고로 공제될 수 있는 특정 비용이 지출된다면 이에 대해 상술하면 건강 보험 비용이 약간 낮아질 수 있습니다.

주: 자녀의 뒷받침으로 인한 지출이나 순 자영업에 대한 응답에서 이미 고려된 비용(질문 30b)함해서는 안됩니다.

<input type="radio"/> 이혼 수당	\$ _____	횟수? _____	<input type="radio"/> 기타 공제 유형: _____	\$ _____	횟수? _____
<input type="radio"/> 학비 용자금 이자	\$ _____	횟수? _____			

33. 연간 어느 일정 기간 동안 직장에서 일하거나 특정 월 중에만 혜택을 받는 경우 등 연간 소득이 변경되는 경우 이 질문에 응답해 주십시오 월 소득이 변경되지 않는다면, 다음 대상으로 넘어가 주십시오. ➔

올해 총 소득	\$ _____	내년 의 귀하의 총소득 (소득이 올해와 달라질 거라고 생각하는 경우)	\$ _____
---------	----------	--	----------

감사합니다! 이상 귀하에 대해 알고자 하는 모든 사항입니다.

**?** 신청서 작성에 도움이 필요한가요? HealthCare.gov를 방문하거나, 1-800-318-2596로 연락주세요. 영어가 아닌 언어로 지원을 받으려면, 1-800-318-2596로 연락하여 필요한 언어를 요청하십시오. 당사는 무료로 지원을 드립니다. TTY 사용자는 1-855-889-4325에 연락하셔야 합니다.



## 제 2단계: 대상자 2

주: 만약 이 대상자가 건강 보험이 필요 없다면, 이 페이지의 질문 1-11까지 응답해 주십시오. 가정에 두명 이상이 있다면 페이지 4-5를 복사하여 주십시오.

귀하와 같이 살고 있는 배우자/동반자와 자녀에 대해서, 그리고/또는 연방소득세 신고 상 포함되는 사람에 대해서 이 페이지를 작성해 주십시오. 귀하가 세금 신고를 하지 않아도, 같이 거주하는 가족 구성원을 추가해 주십시오. 포함되는 사람들에 대한 자세한 사항은 페이지 1을 보십시오.

1. 이름	중간 이름	성	마지막 이름
[Blank input fields]			

2. 대상자 1에 대한 관계는? 지시사항을 보십시오	3. 대상자 2는 기혼인가요? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오	4. 생년월일 (월/일/연도) [Blank input fields]	5. 성별 <input type="radio"/> 남 <input type="radio"/> 여
------------------------------	---	--	--

6. 사회보장 번호 (SSN) [Blank input fields] ★ 대상자 2에 대한 보험 혜택을 원하시는 경우 대상자 2가 SSN이 있는지 알고자 합니다.

7. 대상자 2는 대상자 1과 같이 살고 있나요?.....  예  아니오  
아닌 경우, 주소를 기재해 주십시오. [Blank input fields]

8. 대상자 2는 내년엔 연방 세금 신고를 계획하고 있나요? (대상자 2가 연방소득 신고를 하지 않더라도 보험 혜택에 신청할 수 있습니다.)  
 예. 만약 예라면, 질문 a-c에 응답해 주십시오.  아니오. 만약 아니라면, 질문 c로 넘어가십시오.

a. 대상자 2는 배우자와 공동으로 신고하나요?.....  예  아니오  
만약 예라면, 배우자의 이름을 기재하십시오: [Blank input fields]

b. 대상자 2는 그의 세액 신고에 부양인으로 청구될 것인가요?.....  예  아니오  
만약 예라면, 부양자의 이름(들)을 기재하십시오: [Blank input fields]

c. 대상자 2는 누구의 세액 신고에 부양자로 청구될 것인가요?.....  예  아니오  
만약 예라면, 세액 신고자의 이름을 기재하십시오: [Blank input fields] 대상자 2가 세액 신고자와 어떤 관계인가요? [Blank input fields]

9. 대상자 2는 임신 중인가요?.....  예  아니오 a. 만약 예라면, 이 임신으로 몇명의 아기를 예상하나요? [Blank input field]

10. 대상자 2가 건강 보험이 필요한가요? (대상자 2가 혜택을 받고 있다고 하더라도, 더 나은 혜택과 낮은 비용이 드는 프로그램이 있을 수 있습니다.)  
 예. 만약 예라면, 아래의 모든 질문에 응답해 주십시오.  아니오. 만약 아니라면, 페이지 5의 소득에 대한 질문으로 넘어가십시오. 이 페이지의 나머지 부분을 공란으로 남겨두십시오.

11. 대상자 2가 활동 (목욕, 의복 입기, 일상 생활 등)에 제약을 주는 신체적, 정신적, 또는 감정적 건강 상태가 있거나, 시설이나 양로원에거 거주하나요?.....  예  아니오

12. 대상자 2는 a 미국 시민 또는 미국 국민인가요?.....  예  아니오

13. 대상자 2는 a 귀화인 또는 파생된 시민인가요? (이는 언제나 미국 외에서 출생함을 의미합니다.)  
 예. 만약 예라면, a와 b를 작성해 주세요.  아니오. 만약 아니라면, 질문 14로 계속해 주세요.

a. 외국인 등록 번호 [Blank input fields] b. 증명서 번호 [Blank input fields] a와 b를 작성한 후 질문 15로 가십시오.

14. 대상자 2가 미국 시민이나 미국 국민이 아니라면, 이들이 이민 자격이 있나요?  예. 문서 유형과 ID 번호를 입력해 주세요. 지시사항을 보십시오.  
이민 문서 유형: [Blank input fields] 지위 유형 (옵션): [Blank input fields] 이민 문서에 나타난대로 대상자 2의 이름을 기재해 주세요. [Blank input fields]

외국인 또는 I-94 번호 [Blank input fields] 카드 번호나 여권 번호 [Blank input fields]

SEVIS ID 또는 만료일 (옵션) [Blank input fields] 기타 (분류 코드나 발급 국가) [Blank input fields]

a. 대상자 2는 1996년 이래 미국에서 살았습니까?.....  예  아니오  
b. 대상자 2나 대상자 2의 배우자 또는 부모가 재향군인이나 미군의 현직 종사자인가요?.....  예  아니오

15. 대상자 2가 지난 3개월간의 의료 청구서 지불에 대한 도움을 원하나요?.....  예  아니오

16. 대상자 2가 연령 19세 미만의 최소한 한명의 자녀와 같이 거주하고, 대상자 2가 이 자녀를 보살피는 주요 인물인가요? (대상자 2나 배우자가 이 아이를 돌보는 경우 "예"를 선택했요.).....  예  아니오

17. 이 가정에서 대상자 2와 같이 살고 있는 연령 19세 미만의 자녀의 이름들과 관계를 기술하십시오: (이는 페이지 2에 기술한 바와 동일한 자녀일 수 있습니다.)  
[Blank input fields]

18. 대상자 2 는 연령 18세 이상일 때 가정위탁되었나요?.....  예  아니오

대상자 2가 22세 이하인 경우 아래의 질문에 응답해 주십시오:

19. 대상자 2가 직장을 통해 보험에 가입했고 지난 3개월 이내에 해지했나요?.....  예  아니오  
a. 예 인 경우, 해지 날짜: [Blank input fields] b. 보험 해지의 원인: [Blank input fields]

20. 대상자 2는 풀타임 학생인가요?.....  예  아니오

**선택형 질문**  
(적용되는 모든 난을 작성해 주세요.)  
20. 인종:  백인  흑인 또는 아프리카 아메리칸  아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민  필리핀인  일본인  한국인  아시아 인도인  중국계  월남인  기타 아시아인  하와이 원주민  괌 주민 또는 차모르  사모아인  기타 태평양 군도 인종  기타

**?** 신청서 작성에 도움이 필요한가요? HealthCare.gov를 방문하거나, 1-800-318-2596로 연락주세요. 영어가 아닌 언어로 지원을 받으려면, 1-800-318-2596로 연락하여 필요한 언어를 요청하십시오. 당사는 무료로 지원을 드립니다. TTY 사용자는 1-855-889-4325에 연락하셔야 합니다.



## 제 2단계: 대상자 2

대상자 2가 취득하는 소득에 대해 기술해 주십시오.  
대상자 2가 건강 보험이 필요하지 않더라도 이 페이지를 작성해 주십시오

### 현재 직업 및 소득에 대한 정보

- 고용됨:** 대상자 2가 현재 고용 상태라면, 그의 소득에 대해 기술해 주십시오. 질문 23에서 시작해 주세요.
- 미고용 상태:** 질문 33로 넘어가 주십시오.
- 자영업:** 질문 32로 넘어가 주십시오.

#### 현재 직업 1:

23. 고용주 이름

a. 고용주 주소

b. 도시명

c. 주명

d. 우편번호

24. 고용주의 전화 번호

25. 급여/사래금(세전)

\$

- 시급       주급       매 2주 당
- 월 2회       월급       연봉

26. 각 주 당 평균 근무 시간

#### 현재 직업 2: (대상자 2가 더 이상의 직업이 있다면, 다른 페이지를 첨부하세요.)

27. 고용주 이름

a. 고용주 주소

b. 도시명

c. 주명

d. 우편번호

28. 고용주의 전화 번호

29. 급여/사래금(세전)

\$

- 시급       주급       매 2주 당
- 월 2회       월급       연봉

30. 각 주 당 평균 근무 시간

31. 과거에, 대상자 2는:  직업을 바꿨다     일을 그만 뒀다     더 적은 시간동안 근무했다     위에 있는 내용 아무 것도 해당되지 않는다

32. 대상자 2가 자영업이라면, 아래의 질문에 응답해 주세요:

a. 직무 유형:

b. 이번 달에 대상자 2는 이 자영업에서 얼마의 순 소득 (비용을 제외한 이윤)을 벌 수 있나요? 지시 사항을 보시오      \$

33. 이번 달에 대상자 2가 버는 기타의 소득: 해당되는 곳에 모두 기재하시고 대상자 2가 버는 금액과 횟수를 기록하세요. 해당이 없으면 여기에 기재하세요.  주: 대상자 2가 어린이 보살피기, 재향 군인 연금, 또는 생활 보조금 (SSI)으로부터의 소득이 있다는 것을 밝힐 필요는 없습니다.

<input type="radio"/> 미고용	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>	<input type="radio"/> 지급된 이혼 수당	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>
<input type="radio"/> 연금	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>	<input type="radio"/> 순 농업/어업 소득	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>
<input type="radio"/> 사회보장 연금	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>	<input type="radio"/> 순 임대료/로열티	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>
<input type="radio"/> 퇴직 계정	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>	<input type="radio"/> 기타 소득 유형: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>

34. **공제액:** 해당되는 곳에 전부 기재해 주세요, 그리고 대상자 2가 버는 금액과 횟수를 기재해 주세요. 대상자 2가 연방소득 신고 상 특정 금액이 공제될 수 있다면, 이에 대해 기술하는 것이 건강 혜택 비용을 약간 낮출 수 있습니다.

주: 대상자 2가 지불하는 자녀 지원 또는 순 자영업에 이미 응답한 비용 (질문 32b)을 포함해서는 안됩니다.

<input type="radio"/> 이혼 수당	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>	<input type="radio"/> 기타 공제 유형: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>
<input type="radio"/> 학비 용자금 이자	\$ <input type="text"/>	횟수? <input type="text"/>			

35. 대상자 2가 연간 어느 기간에만 일하거나 특정 달에 대해 혜택을 입는 등의 **연간 대상자 2의 소득 변경에 대해서만 기술하세요.** 대상자 2의 월 소득이 변경되지 않는 경우라면, 다음 사람으로 넘어가세요. ➔

올해의 대상자 2의 총소득	내년의 대상자 2의 총소득
\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

감사합니다! 이상이 대상자 2에 대해 당사가 알고자 하는 모든 것입니다.

**?** 신청서 작성에 도움이 필요한가요? [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)를 방문하거나, 1-800-318-2596로 연락주세요. 영어가 아닌 언어로 지원을 받으려면, 1-800-318-2596로 연락하여 필요한 언어를 요청하십시오. 당사는 무료로 지원을 드립니다. TTY 사용자는 1-855-889-4325에 연락하셔야 합니다.



### 제 3단계: 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 (AI/AN) 가족 구성원(들)

1. 귀하 또는 가족의 누군가가 아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민인가요?

- 아니오. 아니라면, 제 4단계로 계속하십시오  예. 예라면, 제 3단계를 계속하고 부록 B를 작성하여 이 신청서에 포함하십시오.

### 제 4단계: 귀하의 가족의 건강 보험 혜택

1. 세금 공제를 받는 매년, 귀하의 가정은 세금 신고를 하며 사용한 보험액 세액 공제를 조정하십니까?

- 네. 정부 보조금이 결산되었습니다. 모든 것에 적용되는 경우에만 동그라미를 채우세요:
- 귀하는 Marketplace 혜택에 대한 비용을 줄이기 위해 지난 1년 이상 보험 세액 공제 (ATC)를 앞당겨 사용했습니다.
  - 귀하의 가정에 대한 세액 신고자는 해당년도에 매년 연방소득세 신고를 필했습니다.
  - 세액 신고자(들)은 세액 신고와 함께 IRS 서식 8962 ([healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/](https://www.healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/))를 제출했습니다.

2. 지난 90일 동안 이 신청서에 기술된 대상자가 Medicaid나 어린이 건강보험 프로그램 (CHIP)에 자격이 없는 것이 발견되었나요?

(Marketplace가 아닌 주정부에 의해 이 혜택에 자격이 없는 것이 발견된 경우에만 예를 선택하십시오.) .....  예  아니오

누가 그렇습니까? \_\_\_\_\_

또는, 이 신청서의 대상 자 중 2013년 10월 1일 이후 이민 상태의 이유로 Medicare나 CHIP에 자격이 없는 것이 발견되었나요? .....  예  아니오

누가 그렇습니까? \_\_\_\_\_

이 신청서의 누가 Marketplace 공개 등재 기간 중 혜택에 신청했나요? .....  예  아니오

누가 그렇습니까? \_\_\_\_\_

3. 이 신청서에 기재된 누군가가 직장에서 건강 보험 혜택을 제공받았나요? 혜택을 수락하지 않더라도 부모나 배우자 등 혜택이 누군가의 직장에서 이루어진 것이라고 하더라도 예를 선택하세요.

- 예. 계속하고 부록 A를 작성하세요. 이는 주 수준의 고용인 혜택 플랜입니까? .....  예  아니오
- 아니오.

4. 현재 건강 보험에 가입된 사람이 있나요?

- 예. 만약 예라면, 질문 6을 계속하십시오.  아니오. 만약 아니라면, 제 5단계로 넘어가십시오.

5. 현재의 건강 보험에 대한 정보. (2인 이상이 현재 건강 보험에 가입되어 있다면 이 페이지의 사본을 작성하십시오.)

고용주 보험, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, VA health care 프로그램, Peace Corps, 또는 기타의 혜택의 유형을 기재해 주십시오. (Direct Care나 Line of Duty에 가입되어 있다면 TRICARE에 대해 언급하지 마십시오.)

건강 보험에 등재된 사람의 이름

\_\_\_\_\_

혜택의 종류

- 고용주 보험  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  VA 헬스케어 프로그램  Peace Corps  기타

대상자 1:

고용주 보험인 경우: (부록 A를 작성하셔야 합니다.)

건강 보험 회사 이름

\_\_\_\_\_

보험/ID 번호

\_\_\_\_\_

기타의 혜택인 경우:  Marketplace건강 보험이라면, 작성해 주세요.

건강 보험회사 이름

\_\_\_\_\_

보험/ID 번호

\_\_\_\_\_

이는 학교 사고 보험 같은 제한된 혜택 플랜입니까? .....  예  아니오

건강 보험에 등재된 사람의 이름

\_\_\_\_\_

혜택의 종류

- 고용주 보험  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  VA 헬스케어 프로그램  Peace Corps  기타

대상자 2:

고용주 보험인 경우: (부록 A를 작성하셔야 합니다.)

건강 보험 회사 이름

\_\_\_\_\_

보험/ID 번호

\_\_\_\_\_

기타의 혜택인 경우:  Marketplace건강 보험이라면, 작성해 주세요.

건강 보험회사 이름

\_\_\_\_\_

보험/ID 번호

\_\_\_\_\_

이는 학교 사고 보험 같은 제한된 혜택 플랜입니까? .....  예  아니오



## 제 5단계: 귀하의 동의 및 날인

1. Marketplace가 향후 5년간 세금 신고의 정보를 포함한 소득세 자료를 사용하는 데 동의하십니까?.....  예  아니오  
 향후년 동안 보험에 대한 지불에 도움이 되는 귀하의 자격을 결정하는 데 보다 쉽도록 하기 위해서, Marketplace가 세금 신고의 정보를 포함하는 업데이트된 소득 자료를 사용하는 데 동의할 수 있습니다. Marketplace는 귀하가 아직도 자격이 되도록하려고 자료를 확인할 것이며 귀하의 소득이 아직 자격이 되는지 입증하도록 요청을 해야 할 수도 있습니다. 어느 때고 택할 수 있습니다.

아니라면, 다음의 해동안 저의 정보를 자동적으로 업데이트 해 주십시오:

- 4 년간     2 년간     건강 관리 혜택에 대한 지불 자격을 갱신하기 위해 저의 세금 자료를 사용하지 마십시오.  
 3 년간     1 년간    (이 옵션을 선택하면 갱신 시 혜택에 대한 지불 도움 자격에 영향을 미칠 수 있습니다.)

2. 이 신청서 상의 건강 보험을 신청하는 사람 중 감금된(구속되거나 투옥 중) 자가 있나? .....  예  아니오  
 만일 예라면, 당사자의 이름을 알려 주십시오 감금된 사람의 이름:

이 사람이 집행 처벌을 직면하고 있는지 여기에 입력해 주세요.

### 이 신청서 상에 의료 조치 자격이 있는 사람:

- 저는 기타의 건강 보험, 법적 합의나 기타 제삼자로부터 금전을 추구하기 위해 Medicaid 에이전시에 저의 권리를 부여합니다. 저는 배우자나 부모로부터의 의료 지원을 추구하기 위한 권리를 Medicaid 에이전시에 부여합니다.
- 이 신청서 상의 어린이가 가정 바깥에 부모가 거주하나요? .....  예  아니오
- 만약 예라면, 부재 부모로부터의 의료 지원을 취하는 에이전시와 협조할 것을 요청받을 것을 알고 있습니다. 제가 의료 지원 수취에 협력하는 것이 저나 제 아이들에 해가될 것으로 생각한다면, 저는 Medicaid에 말할 수 있고 협조하지 않아야 할 수 있습니다.
- 저는 제가 아는 한 이 서식 상의 모든 질문에 대한 응답을 제공했다는 뜻으로 위증에 대한 처벌을 인식하고 이 신청서에 날인하는 바입니다. 저는 의도적으로 거짓이나 사실이 아닌 정보를 제공했다면 연방 법 하에 처벌받을 수 있다는 것을 알고 있습니다
- 이 신청서 상에 기술한 사항에 어떤 변경 (그리고 기술한 바와 다른)이 생기는 경우 30일 이내에 Health Insurance Marketplace에게 알려야 한다는 것을 알고 있습니다. 저는 [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)을 방문하거나 1-800-318-2596 에 전화하여 이러한 변경에 대해 통고할 수 있습니다. 저는 제가 제시한 정보의 변경이 저의 자격과 제 가정의 구성원에 대한 자격에 영향을 미칠 수 있다는 것을 이해합니다.
- 저는 연방법 하에, 인종, 피부색, 본 국적, 성별, 연령, 성적 지향성, 성 정체성 또는 불구로 인해 차별이 허용되지 않는다는 것을 알고 있습니다. 저는 차별에 대한 불만 사항을 [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file)을 방문하여 신고할 수 있습니다.
- 저는 이 서식에 제공된 정보는 건강보험 혜택에 대한 자격을 결정하고, 혜택에 대한 지불에 도움을 주며 (요청 시), 보험에 대한 지불에 도움을 주는 Marketplace와 프로그램의 적절한 목적으로만 사용될 것이라는 것을 알고 있습니다.

당사는 귀하가 신청하기를 선택한다면 건강관리 혜택에 대한 지불에 도움을 주는 자격을 확인하기 위해 필요합니다. 당사는 당사의 전자 데이터베이스 상의 정보와 국세청 (IRS), 사회보장, 국토안보부, 그리고/또는 고객 보고 에이전시로부터의 정보를 사용하여 귀하의 응답을 확인할 것입니다. 정보가 맞지 않으면, 당사는 귀하께 증빙을 당사에 보내도록 요청할 수도 있습니다.

### 제 자격 평가 결과가 그릇되었다고 생각되면 어떻게 해야 하나요?

자격 조건에 맞는 플랜에 동의하지 않으신다면, 많은 경우, 재심을 청구할 수 있습니다. 상고에 며칠이나 필요한지를 포함하는 혜택에 신청한 가정 내의 각 당사자에 대한 특정 지시 사항을 알아보기 위해 귀하의 자격조건 통지를 검토하시기 바랍니다. 상고를 언제 제기하느냐를 고려하기 위한 중요한 정보가 여기 있습니다.

- 귀하는 원한다면 상고 내의 요청 또는 참여할 누군가를 임명할 수 있습니다. 그 사람은 친구, 친척, 변호사나 기타의 개인일 수 있습니다. 또는, 귀하는 자신이 상고 내에서 요청하거나 참여할 수 있습니다.
- 상고를 요청하는 경우, 상고가 처리되는 동안 혜택에 대한 귀하의 자격을 유지할 수 있을 수 있습니다.
- 상고의 결과는 귀하의 가정의 다른 구성원들의 자격을 변경시킬 수도 있습니다.

귀하의 Marketplace 자격 결과에 상고하려면, [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](http://HealthCare.gov/marketplace-appeals/)를 방문하십시오. Marketplace 콜센터 1-800-318-2596로 전화하십시오. TTY 사용자들은 1-855-889-4325에 전화해야 합니다. 귀하는 또한 상고 요청 서식이나 자신의 편지로 Health Insurance Marketplace, 보건부서, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. 등록 기간, 세금공제, 비용 부담 공제, Medicaid, 및 CHIP이 거절되면 Marketplace를 통해 건강 보험에 가입하는 데 대한 자격을 상고할 수 있습니다. 귀하가 세금 공제나 비용분담 공제에 자격을 갖추고 있다면, 귀하의 자격에 대해 당사가 정한 금액에 대해 상고할 수 있습니다. 거주 주에 따라, Marketplace를 통해 상고할 수 있거나 주 Medicaid나 CHIP 에이전시를 통해 상고를 요청할 수 있습니다.

대상자 1이 이 신청서에 날인해야 합니다. 귀하가 인증된 대표자라면, 대상자 1이 부록 C에 날인한 한 여기에 날인할 수 있습니다.

날인	날인 날짜 (월/일/연도)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

공개 등록 기간 (11월 1일에서 익년 1월 31일 까지) 외에 이 신청서에 날인한다면, 부록 D ("생활 변경에 대한 질문들")를 검토하십시오.

## 제 6단계: 작성된 신청서를 우편으로 보내십시오

다음 주소로 날인된 신청서를 보내 주십시오.  
**Health Insurance Marketplace**  
**Dept. of Health and Human Services**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40750-0001**

투표에 등록하려면 작성된 투표자 등록 서식을 [www.eac.gov](http://www.eac.gov)에서 작성할 수 있습니다.

**?** 신청서 작성에 도움이 필요한가요? [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)를 방문하거나, 1-800-318-2596로 연락하십시오. 영어가 아닌 언어로 지원을 받으려면, 1-800-318-2596로 연락하여 필요한 언어를 요청하십시오. 당사는 무료로 지원을 드립니다. TTY 사용자는 1-855-889-4325에 연락하셔야 합니다.



작성하지 마십시오. 이 서식은 신청서가 아닙니다.

## 영어가 아닌 언어로 도움 받기

귀하나 귀하가 돕는 사람이 Health Insurance marketplace에 관한 질문이 있다면, 귀하는 무료로 자신의 언어로 도움과 정보를 얻을 수 있습니다. 통역자와 대화하려면 **1-800-318-2596**로 전화하세요.

여기 사용할 수 있는 언어의 목록이 있으며 이 언어들로 동일한 메시지가 제공됩니다:

### 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.

## 영어가 아닌 언어로 도움 받기 (계속)

### 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。



## 부록 A

### 직장에서 수여받는 건강관리 혜택

가정 내에서 누군가 직장으로부터 건강관리 보험에 자격이 있지 않은 경우, 그 사람이 혜택을 원하지 않더라도, 이 질문들에 응답할 필요는 없습니다. 보험을 제공하는 각 직업에 대해 이 페이지의 사본을 첨부하십시오.

### 보험을 제공하는 직업에 대해 기술해 주십시오.

이 페이지의 사본을 만들어 이 질문들에 대답하는 데 도움을 주는 보험 제공 고용주에게 가져다 주십시오.

### 고용주에 대한 정보

1. 고용주 이름 (이름, 중간 이름, 성)	2. 고용주의 사회보장 번호 (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 고용주에 대한 정보

3. 고용주/회사 이름	
<input type="text"/>	
4. 고용주의 신분증 번호 (EIN)	5. 고용주의 전화번호
<input type="text"/>	<input type="text"/>

이제, 고용원 혜택을 관리하는 사람이나 부서의 정보를 입력해 주세요. 당사는 더 상세한 정보가 필요한 경우 이 사람과 연락을 취할 수 있습니다:

6. 고용원 건강관리 보험에 대하여 당사가 연락을 취할 수 있는 사람이나 부서		
<input type="text"/>		
7. 고용주 주소 (Marketplace는 이 주소로 공지를 보낼 수 있습니다)		
<input type="text"/>		
8. 도시명	9. 주명	10. 우편 번호
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. 전화번호 (위와 다른 경우)	12. 이메일 주소	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. 고용원이 이 고용주에 의해 제공된 혜택에 현재 자격이 있거나 고용원이 향후 3개월 내에 자격을 갖게 됩니까?

예 (계속)  아니오 (고용인: 멈추고 이 양식을 피고용인에게 돌려보내세요. 피고용인: 당신의 마켓플레이스 보장 신청서로 돌아가세요.)

a. 대기 결과 또는 수습기간을 포함한 이유로 피고용인이 오늘 보장 자격이 주어지지 않는다면, 언제 보장 자격이 주어질 것입니까? (월/일/년도)

/  /

b. 고용주가 이 고용원의 배우자나 피 부양인(들)을 포괄하는 건강관리 보험을 제공하나요?

예. 만약 예라면, 누가 혜택을 받습니까?  배우자  피부양인(들)  아니오 (질문 14로 가십시오.)

고용인의 가정 내에 이 직업에서 제공하는 혜택에 자격을 갖춘 기타의 사람들의 이름을 기술해 주세요.

이름

이름

이름

다음 페이지에 계속됩니다

## 작성하지 마십시오. 이 서식은 신청서가 아닙니다.

### 이 고용주가 제공하는 건강관리 혜택에 대해 기술해 주십시오.

14. 고용주가 최소한의 가치 기준\*에 충족되는 건강관리 프랜을 제공하나요?

- 예 (질문 15로 가십시오)  아니오 (중지하고 이 서식을 직원에게 돌려주십시오.)

15. 직원이 최소한의 가치 기준\*을 충족시키는 직원에게만 제공되는 최저가의 플랜을 위해 직원이 얼마나 부담해야 하나요? 가족 보험이 포함되지 않습니다.  
주: 고용주가 건강 프로그램을 제공한다면, 담배 중지 프로그램에 대한 최대의 할인을 받고 건강 프로그램에 의거한 아무런 다른 할인을 받지 않을 경우 직원이 부담할 보험액을 입력해 주세요.

a. 직원이 이 보험금을 지불할 것입니다: \$

주: 건강관리 혜택에 대해 직원이 지불할 수 있는 최저액을 입력하십시오.

b. 직원은 이 액수를 다음의 기간에 지불할 것입니다:  주간  매 2주 마다  월 2회  월 1회  분기별  연간

(다음 질문으로 가십시오.)

16. 고용주가 새 보험 계획 연도에 무엇을 변경할 건가요?

- 고용주는 이 날짜로 건강관리 혜택을 제공하지 않을 것입니다: (월/일/연도)

/  /

- 최저 가치 기준\*을 충족하는 최저가 플랜에 대해 보험액이 변경되며 직원에 대해서만 사용할 수 있습니다. (보험금은 담배 중지 프로그램에 대한 할인에만 반영되어야 합니다. 질문 15를 보십시오.)

a. 직원은 이 만큼의 보험액을 내게 됩니다: \$

b. 주기를 명시해 주십시오.  주간  매 2주 마다  월 2회  월 1회  분기별  연간

c. 변경일자: (월/일/연도)

/  /

- 고용주가 변경할 것인지 알지 못합니다.  
 고용주는 이러한 변경을 시행하지 않을 것입니다.

\* 건강 관리 플랜은 표준 인구에 대한 의료 서비스 총 비용의 최소한 60%를 지불하고 병원 및 의사 서비스의 상당량의 혜택을 제공하는 경우 최소 가치 기준을 충족합니다. 대부분의 직장 기반의 플랜은 최소 가치 기준을 충족합니다.



## 부록 B

---



## 부록 C

## 이 서식 작성에 대한 조력

## 인증 신청 카운슬러, 네비게이터, 에이전트와 브로커만 작성하세요

귀하가 누군가를 대신하여 이 신청서를 작성하는 공인 신청서 카운슬러, 네비게이터, 대행사나 브로커인 경우 이 난을 작성해 주세요.

1. 신청 시작일 (월/일/연도)

2. 이름, 중간 이름, 성, 및 마지막 이름

3. 기관명

4. 신분증 번호 (해당 시)

5. 에이전트/브로커만 작성해 주세요. NPN 번호

## 공인 대표자를 선택할 수 있습니다.

귀하는 귀하의 신청에 대해 정보를 수집하고 귀하를 대신해 신청서에 날인하는 것을 포함하는 당사과 이 신청서에 대해 이야기하고, 귀하의 정보를 검토하고, 이 신청에 관계되어 귀하를 위해 조치하는 신뢰할 수 있는 사람을 제시할 수 있습니다. 이 사람은 "공인 대표"라고 불립니다. 귀하가 공인 대표를 변경하거나 제거할 필요가 생기면, Marketplace에 연락해 주십시오. 이 신청에 대해 누군가를 위해 대표자를 법적으로 선임한다면, 신청과 함께 증거물을 제출해 주십시오.

1. 공인 대표의 이름 (이름, 중간 이름, 성)

2. 주소

3. 아파트나 스위트 호수

4. 도시명

5. 주명

6. 우편번호

7. 전화번호

8. 기관명

9. 신분증 번호 (해당 시)

날인함으로써, 귀하는 이 사람으로 하여금 신청서에 날인하고, 이 신청에 대한 공식 정보를 수집하며, 이 신청에 관계된 향후의 사안에 대해 조치하도록 하는 것입니다.

10. 이 신청서에 기재된 대상자 1의 날인

11. 날인 일자 (월/일/연도)





## Appendix D

## 생활 변화에 대한 질문들

(귀하는 이 페이지와 함께 이 신청서의 나머지 부분을 작성하셔야 합니다. 이 페이지를 이대로 제출하지 마십시오.)

이 신청서 상의 누구도 과거 60일 간 생활에 변화를 경험한다면, 아래의 질문에 응답해 주세요. 특정한 생활 변화는 귀하의 혜택을 Marketplace를 통해 즉시 시작되게 합니다. 당사는 또한 귀하가 연례 공개 가입 기간 경과 후와 연례 공개 가입 기간 시작 전 신청할 경우 이 질문에 응답할 것을 권장합니다.

이 질문들은 선택적입니다. 귀하의 삶의 환경이 변하지 않았다면, 이에 대한 응답을 공란으로 남길 수 있습니다. 귀하는 생활 변화를 경험하지 않더라도 Medicaid와 어린이의 건강 보험 프로그램(CHIP)에 연중 아무 때고 가입할 수 있습니다. 연방정부가 인정하는 부족과 알래스카 원주민 주식 보유자의 구성원들은 연간 연제고 Marketplace를 통해 혜택에 가입할 수 있습니다.

## 귀하의 가정에 일어난 변화에 대해 기술하십시오.

## 1. 지난 60일만에 누군가 건강 보험 혜택의 자격을 상실하거나 향후 60일 동안에 건강 보험 혜택 자격 상실을 예상하나요?

이름(들) [Redacted]	혜택 만료 및 만료 예정일 (월/일/연도) [Redacted] / [Redacted] / [Redacted]
<input type="checkbox"/> 보험 혜택이 보험금의 미지급에 의한 것인지 여기 표시해 주십시오.	

## 2. 지난 60일 간 혼인한 사람이 있나요?

이름(들) [Redacted]	날짜 (월/일/연도) [Redacted] / [Redacted] / [Redacted]
---------------------	---

## 3. 구속 상태(구류나 투옥)에서 풀려난 사람이 있나요?

이름(들) [Redacted]	날짜 (월/일/연도) [Redacted] / [Redacted] / [Redacted]
---------------------	---

## 4. 지난 60일 간 이민 상태 자격을 취득한 사람이 있나요?

이름(들) [Redacted]	날짜 (월/일/연도) [Redacted] / [Redacted] / [Redacted]
---------------------	---

## 5. 지난 60일간 입양되거나, 입양을 위해 신청되거나, 가정 위탁으로 보내진 사람이 있나요?

이름(들) [Redacted]	날짜 (월/일/연도) [Redacted] / [Redacted] / [Redacted]
---------------------	---

## 6. 지난 60일간 자녀 양육이나 기타의 법원 명령으로 부양가족이 된 사람이 있나요?

이름(들) [Redacted]	날짜 (월/일/연도) [Redacted] / [Redacted] / [Redacted]
---------------------	---

## 7. 지난 60일간 기본 거주지를 변경한 사람이 있나요?

이름(들) [Redacted]	이사 일자 (월/일/연도) [Redacted] / [Redacted] / [Redacted]
---------------------	--

이전 주소의 우편번호는 무엇입니까?  외국이나 미국 영토에서 이주했다면 이곳에 입력해 주세요.[Redacted]a. 지난 60일간 연제고 이 중 건강 보험 혜택에 자격을 가진 사람이 있나요?.....  예  아니오

만약 예라면, 아래에 그 사람들의 이름(들)을 기재해 주세요:

이름(들)

[Redacted]