



# Заявка на медицинское страхование и помощь в оплате расходов

Form Approved  
OMB No. 0938-1213

➔ Быстрая подача заявки через Интернет на веб-сайте [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)



## Используйте заявку, чтобы узнать на какое страховое покрытие вы можете иметь право

- Доступные частные планы медицинского страхования, предлагающие полное страховое покрытие, помогут вам поддерживать здоровье.
  - Новый налоговый зачет немедленно поможет вам оплатить страховые взносы за медицинское страхование.
  - Бесплатное или недорогое страховое покрытие по программе Медикейд или Программе медицинского страхования детей (CHIP).
- У вас может быть право на бесплатную или недорогую программу, даже если вы зарабатываете до 97 200 долларов в год (для семьи из 4 человек).**



## Кто может использовать эту заявку?

- Используйте данную заявку для подачи заявления для любого члена вашей семьи.
- **Подайте эту заявку, даже если вы или ваш ребенок уже имеете медицинское страхование. Вы можете иметь право на страховое покрытие по более низкой цене или бесплатно.**
- Для одного человека можно использовать короткую форму. Посетите веб-сайт [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).
- Заявку могут подавать семьи в состав которых входят иммигранты. Вы можете подать заявку для вашего ребенка, даже если у вас нет права на страховое покрытие. Подача заявки не повлияет на ваш иммиграционный статус или шансы стать постоянным жителем или гражданином.
- Если кто-либо помогает вам заполнить данную заявку, вам может понадобиться заполнить Приложение С.



## Что вам потребуется для подачи заявки

- Номера в системе социального обеспечения (или номера документов для любых имеющих право иммигрантов, которым необходимо страховое покрытие).
- Информация о работодателе и доходе для каждого члена вашей семьи (например, корешки чеков заработной платы, формы W-2 или отчетность о заработной плате и налогах).
- Номера полисов любого имеющегося медицинского страхования.
- Информация о любой доступной для вашей семьи медицинской страховке, предоставляемой на работе.



## Почему мы запрашиваем эту информацию?

Мы запрашиваем данные о доходах и другую информацию, чтобы сообщить вам на какое страховое покрытие вы имеете право и можете ли вы получить какую-либо помощь для его оплаты. **Мы будем хранить всю предоставленную вами информацию конфиденциально и надежно, в соответствии с требованиями закона.** Чтобы просмотреть Закон об охране прав личности (Privacy Act Statement), посетите веб-сайт [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) или ознакомьтесь с инструкциями.



## Каковы последующие действия?

Отправьте заполненную и подписанную заявку по адресу на странице 7. **Если у вас нет всей запрошенной информации, подпишите и подайте заявку в любом случае.** Мы свяжемся с вами в течение 1-2 недель и **вам могут позвонить представители Рынка медицинского страхования, если нам потребуется дополнительная информация.** После обработки вашей заявки вы получите по почте письмо об определении права на страхование. Если вы не получите информацию от нас, обратитесь в Центр телефонного обслуживания Рынка медицинского страхования. Заполнение данной заявки не означает, что вы должны купить медицинскую страховку



## Получить помощь для заполнения данной заявки

- **По Интернету:** [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).
- **Телефон:** Позвоните в Центр телефонного обслуживания Рынка медицинского страхования по телефону **1-800-318-2596**. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.
- **При личной встрече:** В вашем районе могут быть консультанты, которые помогут. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov), или позвоните в Центр телефонного обслуживания Рынка медицинского страхования по телефону **1-800-318-2596**.
- **Другие языки:** Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь.

Вы имеете право получить информацию, содержащуюся в этом документе, в альтернативном формате. Вы также имеете право подать жалобу, если считаете, что подверглись дискриминации. Посетите веб-сайт [www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](http://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html) или позвоните в Центр телефонного обслуживания Рынка медицинского страхования по телефону **1-800-318-2596** для получения дополнительной информации. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.



Пожалуйста, заполняйте печатными буквами, используя только черные или темносиние чернила  
Заполните кружки (○) как показано здесь → ●.

## ШАГ 1. Сообщите нам информацию о себе.

(Нам нужен один взрослый человек в семье, который будет контактным лицом для вашей заявки.)

1. Имя	Отчество	Фамилия	Приписка к имени
<input type="text"/>			
2. Домашний адрес (Оставьте пустым, если у вас нет адреса.)			3. Номер квартиры/помещения
<input type="text"/>			<input type="text"/>
4. Город	5. Штат	6. Почтовый индекс	7. Округ, приход или поселок
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса)			9. Номер квартиры/помещения
<input type="text"/>			<input type="text"/>
10. Город	11. Штат	12. Почтовый индекс	13. Округ, приход или поселок
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Дневной номер телефона ( <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. Вечерний номер телефона ( <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. Хотите ли вы получить информацию об этой заявке по эл. почте? ..... <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет			
Адрес эл. почты: <input type="text"/>			
17. Какой ваш предпочитаемый разговорный язык? Каков ваш предпочитаемый язык для письменных сообщений?			
<input type="text"/>			

## ШАГ 2. Сообщите нам информацию о вашей семье.

### Кого вам необходимо включить в эту заявку?

Заполните страницы шага 2 для каждого человека в вашей семье и домашнем хозяйстве, даже если человек уже имеет медицинское страхование. Информация, содержащаяся в данной заявке, поможет нам убедиться в том, что каждый получает наилучшее возможное страховое покрытие. Величина помощи или тип программы, на которые вы имеете право, зависят от числа членов вашей семьи и их доходов. Если вы не указали какое-либо лицо, даже уже имеющее медицинское страхование, это может повлиять на результаты определения вашего права на страховку.

#### Для взрослых, которые нуждаются в страховом покрытии:

Включите эти лица, даже если они сами не подадут заявку на медицинское страхование:

- Любой супруг
- Любые сын или дочь в возрасте до 21 года, живущие с вами, в том числе приемные дети
- Любое другое лицо в той же федеральной налоговой декларации (в том числе все дети старше 21 года, которые указываются в налоговой декларации родителя). Вам не должны подавать налоговую декларацию для получения медицинского страхования.

#### Для детей в возрасте до 21 года, которые нуждаются в страховом покрытии:

Включите эти лица, даже если они сами не подадут заявку на медицинское страхование:

- Все родители (или неродные отец или мать), с которыми они живут
- Все братья и сестры, с которыми они живут
- Все сыновья или дочери, с которыми они живут, в том числе приемные дети
- Любое другое лицо, указанное в этой же федеральной налоговой декларации. Вам не должны подавать налоговую декларацию для получения медицинского страхования.

### Заполните шаг 2 для каждого человека в вашей семье.

Начните с себя, затем добавьте других взрослых и детей. Если в вашей семье больше 2-х человек, вам нужно сделать копии страниц и приложить их.

Вам не нужно указывать иммиграционный статус или номер социального обеспечения (SSN) для членов семьи, которые не нуждаются в медицинской страховке. Мы будем хранить всю предоставленную вами информацию конфиденциально и надежно, в соответствии с требованиями закона. Мы используем личную информацию только для того, чтобы проверить, имеете ли вы право на медицинское страхование.

**?** **ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ?** Посетите веб-сайт [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.



## ШАГ 2. ЛИЦО 1 (Начните с себя.)

Заполните шаг 2 для себя, вашего супруга/партнера и живущих с вами детей и/или какого-либо лица, указанного в той же федеральной налоговой декларации, если вы подали ее. См. страницу 1 для получения дополнительной информации о том, каких лиц следует указать. Если вы не подаете налоговую декларацию, не забудьте также добавить живущих с вами членов семьи.

1. Имя	Отчество	Фамилия	Приписка к имени
[Blank input fields]			
2. Отношение к ЛИЦУ 1? <b>САМ</b>	3. Вы состоите в браке? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	4. Дата рождения (мм/дд/гггг) [Blank input fields]	5. Пол <input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский

6. Номер в системе социального обеспечения (SSN) [Blank input fields]

**★ Нам нужен номер социального обеспечения (SSN), если вы желаете получить медицинскую страховку и имеете номер социального обеспечения или можете получить его.** Мы используем номер социального обеспечения (SSN) для проверки дохода и другой информации с тем, чтобы определить, кто имеет право на помощь в оплате медицинского страхования. Если вам нужна помощь в получении номера социального обеспечения, посетите веб-сайт [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov) или позвоните в отдел социального обеспечения по телефону 1-800-772-1213. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по телефону 1-800-325-0778.

7. Планируете ли вы подать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? Вы можете подать заявку на страховое покрытие, даже если вы не подаете федеральную налоговую декларацию.  **ДА.** Если ответ «да», пожалуйста, ответьте на вопросы а-с.  **НЕТ.** Если ответ «нет», пропустите вопрос с.

a. Будете ли вы подавать налоговую декларацию совместно с супругом? .....  Да  Нет

Если ответ «да», впишите имя супруга: [Blank input field]

b. Будете ли вы указывать каких-либо иждивенцев в вашей налоговой декларации? .....  Да  Нет

Если ответ «да», то укажите имя(имена) иждивенцев: [Blank input field]

c. Будете ли вы указаны в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации? .....  Да  Нет

Если ответ «да», пожалуйста, укажите имя лица, подающего налоговую декларацию: [Blank input field] В каких отношениях вы находитесь с лицом, подающим налоговую декларацию? [Blank input field]

8. Вы беременны? .....  Да  Нет a. Если ответ «да», то сколько детей ожидается при этой беременности? [Blank input field]

9. Вам нужна медицинская страховка? Даже если у вас есть страховое покрытие, может существовать программа с лучшим страховым покрытием и меньшей стоимостью.  **ДА.** Если ответ «да», пожалуйста, ответьте на все вопросы ниже.  **НЕТ.** Если ответ «нет», ПРОПУСТИТЕ вопросы о доходе на странице 3. Не заполняйте остальную часть страницы. ➔

10. До Имеется ли у вас физическое, психическое или эмоциональное состояние здоровья, которое вызывает ограничения деятельности (например, купание, одевание, повседневные дела и т.д.) или вы живете в медицинском учреждении или доме престарелых? .....  Да  Нет

11. Являетесь ли вы гражданином США или националом США? .....  Да  Нет

12. Являетесь ли вы натурализованным гражданином или получили гражданство? (Как правило, это означает, что вы родились за пределами США)

**ДА.** Если ответ «да», то заполните а и b.  **НЕТ.** Если ответ «нет», перейдите к вопросу 13.

a. Номер регистрационной карты иностранца:

[Blank input field]

b. Номер сертификата:

[Blank input field]

После заполнения а и b, ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 14.

13. Если вы не являетесь гражданином США или националом США, имеется ли у вас законный иммиграционный статус?  **ДА.** Введите тип документа и идентификационный номер. Смотрите инструкции.

Тип иммиграционного документа

[Blank input field]

Тип статуса (необязательно)

[Blank input field]

Напишите свое имя так, как оно указано в вашем иммиграционном документе.

[Blank input field]

Номер регистрационной карты иностранца или номер I-94:

[Blank input field]

Номер карты или номер паспорта

[Blank input field]

Идентификационный номер в информационной системе студентов и участников программ обмена (SEVIS ID) или дата окончания срока действия (необязательно)

[Blank input field]

Прочее (код категории или страна выдачи)

[Blank input field]

a. Проживали ли вы в США с 1996 года? .....  Да  Нет

b. Являетесь ли вы или ваш супруг или родитель ветераном или находится на действительной службе в армии США? .....  Да  Нет

14. Нужна ли вам помощь в оплате медицинских счетов за последние 3 месяца? .....  Да  Нет

15. Живете ли вы по крайней мере с одним ребенком в возрасте до 19 лет и являетесь основным лицом, заботящимся об этом ребенке? (Выберите ответ «да», если вы или ваш супруг заботитесь об этом ребенке.) .....  Да  Нет

16. Сообщите нам имена и отношения всех детей в возрасте до 19 лет, которые живут с вами в вашем домохозяйстве:

[Blank input field]

17. Являетесь ли вы студентом, обучающимся в режиме полной нагрузки? .....  Да  Нет

18. Были ли вы в приемной семье в возрасте 18 лет или старше? .....  Да  Нет

**Необязательная информация:** (Заполните все, что применимо.)

20. Раса:  Белый  Черный или афро-американец  Американский индеец или коренной житель Аляски  Филиппинец  Японец  Кореец  Индус  Китаец  Вьетнамец  Другое азиатское происхождение  Коренной житель Гавайских островов  Житель Гуама или Чаморро  Житель Самоа  Уроженец тихоокеанских островов  Другое \_\_\_\_\_

**?** **ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ?** Посетите веб-сайт [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) или позвоните по телефону 1-800-318-2596. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону 1-800-318-2596 и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру 1-855-889-4325.



## ШАГ 2. ЛИЦО 1 (Продолжите заполнять информацию о себе.)

### Информация о нынешней работе и доходе

- Работаю:** Если вы в настоящее время работаете, сообщите нам о вашем доходе. Начните с вопроса 21.
  **Не работаю:** Перейдите к вопросу 31.
  **Самозанятость:** Перейдите к вопросу 30.

#### Нынешняя работа 1:

21. Наименование работодателя

a. Адрес работодателя

b. Город

c. Штат

d. Почтовый индекс

22. Номер телефона работодателя

23. Заработная плата / чаевые (до вычета налогов)

\$

- Почасовая
  Ежедневно
  Каждые 2 недели
  Дважды в месяц
  Ежемесячно
  Годовая

24. Среднее количество отработанных часов каждую НЕДЕЛЮ

#### Нынешняя работа 2: (Если у вас имеется дополнительная работа и нужно больше места, приложите еще один лист бумаги.)

25. Наименование работодателя

a. Адрес работодателя

b. Город

c. Штат

d. Почтовый индекс

26. Номер телефона работодателя

27. Заработная плата / чаевые (до вычета налогов)

\$

- Почасовая
  Ежедневно
  Каждые 2 недели
  Дважды в месяц
  Ежемесячно
  Годовая

28. Среднее количество отработанных часов каждую НЕДЕЛЮ

29. В прошлом году вы:  Меняли работу  Прекратили работать  Стали работать меньше часов  Ничего из вышеуказанного

30. При самозанятости ответьте на пункты a и b:

a. Вид деятельности:

b. Каков чистый доход (прибыль после уплаты расходов на бизнес) вы получите от самозанятости в этом месяце? *Смотрите инструкции.*

\$

31. **Прочие доходы, полученные в этом месяце:** Заполните все применимые данные, укажите сумму и периодичность получения. Заполните здесь при отсутствии.  **ПРИМЕЧАНИЕ:** Вам не нужно сообщать нам о доходе от алиментов, платежей ветеранам или дополнительного социального дохода (SSI).

<input type="radio"/> Пособие по безработице	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Полученные алименты	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Пенсия	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Чистый доход от фермерства / рыболовства	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Социальное обеспечение	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Чистый доход от аренды / роялти	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Пенсионные счета	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Другие доходы Тип: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>

32. **Налоговые вычеты:** Заполните все применимые данные, укажите сумму и периодичность уплаты. Если за определенные услуги или предметы вы осуществляете оплату, которая может быть вычтена в федеральной налоговой декларации, сообщение нам об этом может несколько понизить стоимость медицинской страховки.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Вы не должны включать сюда алименты на ребенка или затраты, уже указанные в вашем ответе о чистом доходе от самозанятости (вопрос 30b)..

<input type="radio"/> Уплаченные алименты	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Другие вычеты Тип: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Проценты на студенческий кредит	\$ <input type="text"/>	Какова периодичность? <input type="text"/>			

33. Заполните ответ на этот вопрос, если ваш доход изменился в течение года, например, если вы работали только в течение части года или получали пособие в течение определенных месяцев. Если вы не ожидаете изменения вашего ежемесячного дохода, перейдите к следующему человеку. ➔

Ваш общий доход за **этот год**

\$

Ваш общий доход в **следующем году** (если вы считаете, что он будет отличаться)

\$

**Спасибо! Это все, что нам нужно знать о вас.**

**?** **ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ?** Посетите веб-сайт [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.



## ШАГ 2. ЛИЦО 2

**Примечание:** Если этот человек не нуждается в медицинской страховке, ответьте только на вопросы 1-10 на этой странице. Если в вашем домохозяйстве больше 2-х человек, сделайте копии страниц 4-5.

Заполните эту страницу для вашего супруга/партнера и живущих с вами детей и/или какого-либо лица, указанного в той же федеральной налоговой декларации, если вы подали ее. Если вы не подаете налоговую декларацию, не забудьте также добавить живущих с вами членов семьи. См. страницу 1 для получения дополнительной информации о том, каких лиц следует указать.

1. Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Приписка к имени \_\_\_\_\_

2. Отношение к ЛИЦУ 1? *Смотрите инструкции.* \_\_\_\_\_  
 3. Состоит ли в браке ЛИЦО 2?  Да  Нет  
 4. Дата рождения (мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_  
 5. Пол  Мужской  Женский

6. Номер в системе социального обеспечения (SSN) \_\_\_\_\_  
 ★ Нам нужна эта информация, если вы желаете получить медицинскую страховку для ЛИЦА 2, и ЛИЦО 2 имеет номер социального обеспечения.

7. Проживает ли ЛИЦО 2 по тому же адресу, что и ЛИЦО 1? .....  Да  Нет  
 Если ответ «нет», то укажите адрес: \_\_\_\_\_

8. Планирует ли ЛИЦО 2 подать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? (Вы можете подать заявку на страховое покрытие, даже если ЛИЦО 2 не подает федеральную налоговую декларацию.)  ДА. Если ответ «да», пожалуйста, ответьте на вопросы а-с.  НЕТ. Если ответ «нет», пропустите вопрос с.

a. Будет ли ЛИЦО 2 подавать налоговую декларацию совместно с супругом? .....  Да  Нет  
 Если ответ «да», впишите имя супруга: \_\_\_\_\_  
 b. Будет ли ЛИЦО 2 указывать каких-либо иждивенцев в его или ее налоговой декларации? .....  Да  Нет  
 Если ответ «да», то укажите имя(имена) иждивенцев: \_\_\_\_\_  
 c. Будет ли ЛИЦО 2 указано в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации? .....  Да  Нет

Если ответ «да», пожалуйста, укажите имя лица, подающего налоговую декларацию: \_\_\_\_\_ В каких отношениях ЛИЦО 2 находится с лицом, подающим налоговую декларацию? \_\_\_\_\_

9. Является ли ЛИЦО 2 беременным? .....  Да  Нет а. Если ответ «да», то сколько детей ожидается при этой беременности? \_\_\_\_\_

10. ЛИЦО 2 нужна медицинская страховка? (Даже если у ЛИЦА 2 есть страховое покрытие, может существовать программа с лучшим страховым покрытием и меньшей стоимостью.)  ДА. Если ответ «да», пожалуйста, ответьте на все вопросы ниже.  НЕТ. Если ответ «нет», ПРОПУСТИТЕ вопросы о доходе на странице 5. Не заполняйте остальную часть страницы. →

11. Имеется ли у ЛИЦА 2 физическое, психическое или эмоциональное состояние здоровья, которое вызывает ограничения деятельности (например, купание, одевание, повседневные дела и т.д.) или проживание в медицинском учреждении или доме престарелых? .....  Да  Нет

12. Является ли ЛИЦО 2 гражданином США или националом США? .....  Да  Нет

13. Является ли ЛИЦО 2 натурализованным гражданином или получил производное гражданство? (Как правило, это означает, что оно родилось за пределами США)  ДА. Если ответ «да», то заполните а и б.  НЕТ. Если ответ «нет», перейдите к вопросу 14.

a. Номер регистрационной карты иностранца \_\_\_\_\_ b. Номер сертификата \_\_\_\_\_  
 После заполнения а и б, ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 15.

14. Если ЛИЦО 2 не является гражданином США или националом США, имеется ли у него законный иммиграционный статус?  ДА. Введите тип документа и идентификационный номер. *Смотрите инструкции.*

Тип иммиграционного документа: \_\_\_\_\_ Тип статуса (необязательно) \_\_\_\_\_ Напишите имя ЛИЦА 2 так, как оно указано в его иммиграционном документе. \_\_\_\_\_

Номер регистрационной карты иностранца или номер I-94: \_\_\_\_\_ Номер карты или номер паспорта \_\_\_\_\_

Идентификационный номер в информационной системе студентов и участников программ обмена (SEVIS ID) или дата окончания срока действия (необязательно) \_\_\_\_\_ Прочее (код категории или страна выдачи) \_\_\_\_\_

a. Проживало ли ЛИЦО 2 в США с 1996 года? .....  Да  Нет  
 b. Является ли ЛИЦО 2 или супруг, или родитель ЛИЦА 2 ветераном или находится на действительной службе в армии США? .....  Да  Нет

15. Нужна ли ЛИЦУ 2 помощь в оплате медицинских счетов за последние 3 месяца? .....  Да  Нет

16. Живет ли ЛИЦО 2 по крайней мере с одним ребенком в возрасте до 19 лет и является ли ЛИЦО 2 основным лицом, заботящимся об этом ребенке? (Выберите ответ «да», если ЛИЦО 2 или его супруг заботятся об этом ребенке.) .....  Да  Нет

17. Tell Сообщите нам имена и отношения всех детей в возрасте до 19 лет, которые живут с ЛИЦОМ 2 в его домохозяйстве: (Это могут быть те же дети, которые перечислены на странице 2.) \_\_\_\_\_

18. Было ли ЛИЦО 2 в приемной семье в возрасте 18 лет или старше? .....  Да  Нет

**Пожалуйста, ответьте на эти вопросы, если возраст ЛИЦА 2 составляет 22 года или меньше:**

19. Имело ли ЛИЦО 2 страховку на работе и потеряло ее в течение последних 3-х месяцев? .....  Да  Нет  
 a. Если ответ «да», укажите дату окончания: \_\_\_\_\_ b. Причина прекращения страховки: \_\_\_\_\_

20. Является ли ЛИЦО 2 студентом, обучающимся в режиме полной нагрузки? .....  Да  Нет

**Необязательная информация:** (Заполните все, что применимо.)  
 22. Раса:  Белый  Черный или афро-американец  Американский индеец или коренной житель Аляски  Филиппинец  Японец  Кореец  Индус  Китаец  Вьетнамец  Другое азиатское происхождение  Коренной житель Гавайских островов  Житель Гуама или Чаморро  Житель Самоа  Уроженец тихоокеанских островов  Другое \_\_\_\_\_

❓ **Вам нужна помощь в связи с заявкой?** Посетите веб-сайт [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.



**ШАГ 2. ЛИЦО 2** Сообщите нам о всех доходах ЛИЦА 2. Заполните эту страницу, даже если ЛИЦО 2 не нуждается в медицинской страховке.

**Информация о нынешней работе и доходе**

- Работаю:** Если ЛИЦО 2 в настоящее время работает, сообщите нам о его/ее доходе. Начните с вопроса 23.
- Не работаю:** Перейдите к вопросу 33.
- Самозанятость:** Перейдите к вопросу 32.

**Нынешняя работа 1:**

23. Наименование работодателя

a. Адрес работодателя

b. Город

c. Штат

d. Почтовый индекс

24. Номер телефона работодателя

25. Заработная плата / чаевые (до вычета налогов)

- Почасовая  Еженедельно  Каждые 2 недели  
 Дважды в месяц  Ежемесячно  Годовая

26. Среднее количество отработанных часов каждую НЕДЕЛЮ

**Нынешняя работа 2:** (Если у ЛИЦА 2 имеется несколько работ, приложите еще один лист бумаги.)

27. Наименование работодателя

a. Адрес работодателя

b. Город

c. Штат

d. Почтовый индекс

28. Номер телефона работодателя

29. Заработная плата / чаевые (до вычета налогов)

- Почасовая  Еженедельно  Каждые 2 недели  
 Дважды в месяц  Ежемесячно  Годовая

30. Среднее количество отработанных часов каждую НЕДЕЛЮ

31. В прошлом году ЛИЦО 2:  Меняли работу  Прекратили работать  Стали работать меньше часов  Ничего из вышеуказанного

32. Если ЛИЦО 2 самозанято, ответьте на следующие вопросы:

- a. Вид деятельности:
- b. Каков чистый доход (прибыль после уплаты расходов на бизнес) получит ЛИЦО 2 от самозанятости в этом месяце? Смотрите инструкции.

33. Прочие доходы, полученные ЛИЦОМ 2 в этом месяце: Заполните все применимые данные, укажите сумму и периодичность получения ЛИЦОМ 2. Заполните здесь при отсутствии.  **ПРИМЕЧАНИЕ:** Вам не нужно сообщать нам о доходе ЛИЦА 2 от алиментов, платежей ветеранам или дополнительного социального дохода (SSI).

<input type="radio"/> Пособие по безработице	\$		Какова периодичность?		<input type="radio"/> Полученные алименты	\$		Какова периодичность?	
<input type="radio"/> Пенсия	\$		Какова периодичность?		<input type="radio"/> Чистый доход от фермерства / рыболовства	\$		Какова периодичность?	
<input type="radio"/> Социальное обеспечение	\$		Какова периодичность?		<input type="radio"/> Чистый доход от аренды / роялти	\$		Какова периодичность?	
<input type="radio"/> Пенсионные счета	\$		Какова периодичность?		<input type="radio"/> Другие доходы	\$		Какова периодичность?	

34. **Налоговые вычеты:** Заполните все применимые данные, укажите сумму и периодичность получения ЛИЦОМ 2. Если за определенные услуги или предметы ЛИЦО 2 осуществляет оплату, которая может быть вычтена в федеральной налоговой декларации, сообщите нам об этом может несколько понизить стоимость медицинской страховки. **ПРИМЕЧАНИЕ:** Вы не должны включать сюда алименты на ребенка ЛИЦА 2 или затраты, уже указанные в ответе о чистом доходе от самозанятости (вопрос 32b).

<input type="radio"/> Уплаченные алименты	\$		Какова периодичность?		<input type="radio"/> Другие вычеты	\$		Какова периодичность?	
<input type="radio"/> Проценты на студенческий кредит	\$		Какова периодичность?		Тип:				

35. Заполните ответ на этот вопрос, если доход ЛИЦА 2 изменился в течение года, например, если ЛИЦО 2 работало только в течение части года или получало пособие в течение определенных месяцев. Если вы не ожидаете изменения ежемесячного дохода ЛИЦА 2, перейдите к следующему лицу. ➔

Общий доход ЛИЦА 2 за этот год	Общий доход ЛИЦА 2 в следующем году
\$	\$

**Спасибо! Это все, что нам нужно знать о ЛИЦЕ 2**

**?** **ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ?** Посетите веб-сайт [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) или позвоните по телефону 1-800-318-2596. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону 1-800-318-2596 и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру 1-855-889-4325.



### ШАГ 3. Член(члены) семьи Американских индейцев или коренных жителей Аляски (AI/AN)

1. Вы или кто-либо в вашей семье являетесь Американскими индейцами или коренными жителями Аляски (AI/AN)

- НЕТ. Если ответ «нет», перейдите к шагу 4.  ДА. Если ответ «да», перейдите к шагу 4, заполните Приложение В и пришлите его вместе с заявкой.

### ШАГ 4. Страхование покрытия вашей семьи

1. Подало ли ваше домохозяйство налоговую декларацию и зачло ли использованный налоговый зачет оплаты медицинского страхования за каждый год, в котором вы получили налоговый зачет оплаты медицинского страхования?

- ДА, налоговый зачет оплаты медицинского страхования был зачтен. Зачеркните кружок только в том случае, если ВСЕ нижеперечисленное относится в вам:

- Вы использовали авансовые платежи налогового зачета оплаты медицинского страхования (АПТС) в одном или нескольких прошлых годах для снижения стоимости страхового покрытия на Рынке медицинского страхования.
- Лицо, подающее налоговую декларацию для вашего домохозяйства, подавало федеральную налоговую декларацию за каждый из этих годов.
- Лицо (лица), подающее налоговую декларацию, подало форму 8962 (IRS Form 8962) Федеральной налоговой службы США ([healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/](https://www.healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/)) вместе с налоговой декларацией.

2. Был ли кто-либо из лиц, указанных в настоящей заявке, признан не имеющим права на программу Медикейд или Программу медицинского страхования детей (CHIP) в течение последних 90 дней? (Выберите ответ «да» только в том случае, если кто-либо был признан не имеющим право на это страховое покрытие вашим штатом, а не Рынком медицинского страхования.)

- .....  Да  Нет

Кто?

Или, был ли кто-либо из лиц, указанных в настоящей заявке, признан не имеющим права на программу Медикейд или Программу медицинского страхования детей (CHIP) из-за их иммиграционного статуса после 1 октября 2013 года?.....  Да  Нет

Кто?

Кто-нибудь в этой заявке подавал на страховое покрытие в период открытой регистрации на Рынке медицинского страхования?.....  Да  Нет

Кто?

3. Кому-либо из лиц, указанных в этой заявке, предлагалось страховое покрытие на работе? Отметьте «да», даже если страховое покрытие от работы другого лица, например, родителя или супруга, даже если они не принимают покрытие.

- ДА. Продолжайте и затем заполните Приложение А. Это план покрытия работника штата?.....  Да  Нет  
 НЕТ.

4. Кто-либо в настоящее время зачислен в план медицинского страхования?

- ДА. Если ответ «да», перейдите к вопросу 6.  НЕТ. Если ответ «нет», ПЕРЕЙДИТЕ к шагу 5.

5. Информация о текущем медицинском страховании. (Сделайте копию этой страницы, если больше 2 человек имеют страховое покрытие в настоящее время.)

Укажите тип страхового покрытия, например, страхование работодателя, программа COBRA, Медикейд, Программа медицинского страхования детей (CHIP), Медикэр, военная страховка TRICARE, программа здравоохранения для ветеранов, Корпус мира или иное. (Не сообщайте нам о программе TRICARE, если у вас есть военные страховки Direct Care или Line of Duty.)

Имя лица, зачисленного в план медицинского страхования.

Тип страхового покрытия

- Страхование работодателя  Программа COBRA  Медикейд  CHIP (Программа медицинского страхования детей)  Медикейд  
 Военная страховка TRICARE  Программа медицинских услуг для ветеранов  Корпус мира  Другое

Если это страхование работодателя: (Вам также необходимо заполнить Приложение А.)

Название компании медицинского страхования

Полис/идентификационный номер

Если это другой вид страхового покрытия:  Заполните, если это медицинское страхование на Рынке медицинского страхования.

Название компании медицинского страхования

Полис/идентификационный номер

Это план с ограниченными льготами, например, страховой полис для происшествий в школе?.....  Да  Нет

ЛИЦО 1:

Имя лица, зачисленного в план медицинского страхования.

Тип страхового покрытия

- Страхование работодателя  Программа COBRA  Медикейд  CHIP (Программа медицинского страхования детей)  Медикейд  
 Военная страховка TRICARE  Программа медицинских услуг для ветеранов  Корпус мира  Другое

Если это страхование работодателя: (Вам также необходимо заполнить Приложение А.)

Название компании медицинского страхования

Полис/идентификационный номер

Если это другой вид страхового покрытия:  Заполните, если это медицинское страхование на Рынке медицинского страхования.

Название компании медицинского страхования

Полис/идентификационный номер

Это план с ограниченными льготами, например, страховой полис для происшествий в школе?.....  Да  Нет

ЛИЦО 2:



**ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ?** Посетите веб-сайт [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) или позвоните по телефону 1-800-318-2596. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону 1-800-318-2596 и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру 1-855-889-4325.



## ШАГ 5. Ваше согласие и подпись

### 1. Согласны ли вы разрешить Рынку медицинского страхования в течение следующих 5 лет использовать ваши данные о

доходе, включая информацию из налоговой декларации?.....  Да  Нет

Для облегчения определения вашего права на помощь в оплате страхового покрытия в последующие годы, вы можете согласиться разрешить Рынку медицинского страхования использовать обновленные данные о доходе, включая информацию из налоговых деклараций. Рынок медицинского страхования направит вам уведомление, чтобы вы могли внести любые изменения. Рынок медицинского страхования будет проверять наличие у вас прав и может попросить вас подтвердить, что ваш доход все еще дает вам право. Вы можете отказаться от этого в любое время.

Если нет, то автоматически обновляйте мою информацию в течение следующих:

- 4 лет     2 лет     Не используйте мои налоговые данные, чтобы возобновить мое право на получение помощи при оплате медицинского страхования (выбор этого варианта может повлиять на вашу способность получить помощь в оплате за страховое покрытие при его возобновлении.)  
 3 лет     1 года

### 2. Кто-либо подающий на медицинское страхование в данном заявлении находится в заключении (задержан или в тюрьме)?..... Да Нет

Если ответ «да», сообщите нам имя этого человека. Имя находящегося в тюрьме человека:

Укажите здесь, если этот человек ожидает решения по обвинению.

### Если кто-либо в этом заявлении имеет право на программу Медикейд:

- Я предоставляю агентству Медикейд наши права требовать и получать деньги от других медицинских страховок, юридических урегулирований или других третьих лиц. Я также предоставляю агентству Медикейд права требовать и получать помощь в оплате медицинских расходов от супруга или родителя.
- Какой-либо ребенок в данной заявке имеет родителя, живущего вне дома? .....  Да  Нет
- Если ответ «да», то я знаю, что мне будет предложено сотрудничать с агентством, собирающим помощь на оплату медицинских расходов у отсутствующего родителя. Если я считаю, что сотрудничество по сбору средств на оплату медицинских расходов будет вредить мне или моим детям, я могу заявить об этом программе Медикейд и могу отказаться сотрудничать.
- Я подписываю настоящую заявку под страхом наказания за лжесвидетельство, что означает, что я предоставил насколько мне известно правдивые ответы на все вопросы данной формы. Я знаю, что я могу быть наказан в соответствии с федеральным законом, если я намеренно предоставил ложную или недостоверную информацию.
- Я знаю о том, что я должен сообщить Рынку медицинского страхования в течение 30 дней, если что-либо изменится (и затем будет отличаться) по сравнению с тем, что указано в настоящей заявке. Для сообщения о любых изменениях я могу посетить веб-сайт [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) или позвонить по телефону **1-800-318-2596**. Я понимаю, что изменение моей информации может повлиять на мои права, а также на права члена(ов) моего домохозяйства.
- Я знаю, что в соответствии с федеральным законодательством запрещается дискриминация на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или инвалидности. Я могу подать жалобу о дискриминации, посетив веб-сайт [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Я знаю, что информация в данной форме будет использоваться только для определения права на медицинское страхование, помощи в оплате страхового покрытия (если требуется), а также для законных целей Рынка медицинского страхования и программы, помогающих оплачивать страховое покрытие.

Эта информация необходима нам для проверки вашего права на помощь в оплате медицинского страхования, если вы решите подать заявку. Мы проверим ваши ответы, используя информацию в наших электронных базах данных и базах данных Федеральной налоговой службы США (IRS), Системы социального обеспечения, Министерства внутренней безопасности и/или агентства по предоставлению информации о кредитоспособности потребителей. Если возникнут несоответствия информации, мы можем попросить вас прислать нам подтверждающие документы.

### Что я должен делать, если я считаю, что мои права определены неправильно?

Если вы не согласны с тем, как определены ваши права, во многих случаях вы можете подать апелляцию. Пожалуйста, посмотрите в уведомлении о правах инструкции по апелляции, конкретно указанные для каждого человека в вашем домохозяйстве, подавшем заявку на страховое покрытие, включая количество дней, оставшихся до истечения срока подачи апелляции. Ниже приведена важная информация, которую необходимо учитывать при подаче апелляции:

- По своему желанию вы можете попросить кого-либо затребовать или осуществлять подачу вашей апелляции. Этот человек может быть другом, родственником, адвокатом или другим лицом. Либо вы можете сами затребовать и осуществлять подачу вашей апелляции.
- Если вы подали апелляцию, вы можете сохранить ваши права на страховое покрытие в течение периода рассмотрения апелляции.
- В результате апелляции могут измениться права на страховое покрытие других членов вашего домохозяйства.

Для обжалования решения в отношении ваших прав на Рынке медицинского страхования посетите веб-сайт [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](http://HealthCare.gov/marketplace-appeals/). Или позвоните в Центр телефонного обслуживания Рынка медицинского страхования по телефону **1-800-318-2596**. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**. Вы также можете отправить по почте форму запроса апелляции или собственное письмо с просьбой об апелляции на Рынок медицинского страхования по адресу **Health Insurance Marketplace Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001**. Вы можете обжаловать право на приобретение медицинского страхования через Рынок медицинского страхования, период регистрации, налоговые льготы, снижение долевого участия в оплате, программы Медикейд и CHIP, если Вам было отказано в них. Если вы имеете право на налоговые льготы или сокращение долевого участия в оплате, вы можете обжаловать сумму, на которую по нашему определению вы имеете право. В зависимости от вашего штата, вы можете обратиться с жалобой через Рынок медицинского страхования или можете подать апелляцию в штатное агентство программ Медикейд или CHIP.

**ЛИЦО 1 должно подписать это заявление.** Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы можете подписаться здесь при условии, что ЛИЦО 1 подписало

Приложение С.

Подпись	Дата подписи (мм/дд/гггг)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Если вы подписываете эту заявку за пределами периода открытой регистрации (в период с 1 ноября по 31 января), убедитесь в том, что вы ознакомились с Приложением D («Вопросы об изменениях жизненных обстоятельств»).

## ШАГ 6. Отправьте по почте заполненную заявку



Отправьте по почте подписанную заявку на Рынок медицинского страхования по адресу:

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



Если вы хотите зарегистрироваться для голосования, вы можете заполнить форму регистрации избирателя на веб-сайте [www.eac.gov](http://www.eac.gov).



**ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЗАЯВКОЙ?** Посетите веб-сайт [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) или позвоните по телефону **1-800-318-2596**. Если вам нужна помощь на любом другом языке, кроме английского, позвоните по телефону **1-800-318-2596** и сообщите представителю отдела обслуживания клиентов необходимый вам язык. Мы обеспечим вам бесплатную помощь. Пользователи телефона с текстовым выходом (TTY) должны звонить по номеру **1-855-889-4325**.



## Получение помощи на языке, отличающемся от английского

Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу Рынка медицинского страхования, вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, позвоните по телефону **1-800-318-2596**.

Ниже приведен список доступных языков и одинаковое сообщение на каждом из этих языков:

### 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.



## **Получение помощи на языке, отличающемся от английского (продолжение)**

### **Русский (Russian)**

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

### **Français (French)**

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

### **Deutsch (German)**

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

### **ગુજરાતી (Gujarati)**

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

### **Português (Portuguese)**

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

### **Italiano (Italian)**

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

### **日本語 (Japanese)**

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



# Приложение А

## Медицинское страхование от работы

Вы **НЕ** должны отвечать на эти вопросы кроме случая, когда кто-либо в домохозяйстве имеет право на получение медицинской страховки от работы, даже если они не используют это страховое покрытие. Приложите копию этой страницы для каждой работы, которая предлагает страховое покрытие.

### Сообщите нам о работе, которая предлагает страховое покрытие.

Сделайте копию этой страницы и принесите ее к работодателю, который предлагает страховое покрытие, чтобы он помог вам ответить на эти вопросы.

### ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТНИКЕ

1. Имя работника (имя, отчество, фамилия) [Redacted]	2. Номер работника в системе социального обеспечения (SSN) [Redacted] - [Redacted] - [Redacted]
---	--

### ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ

3. Наименование работодателя/компании [Redacted]	
4. Идентификационный номер работодателя (EIN) [Redacted] - [Redacted]	5. Номер телефона работодателя ( [Redacted] ) [Redacted] - [Redacted]

Теперь введите информацию о лице или отделе, который занимается медицинским страхованием работников. Мы можем связаться с этим человеком, если нам потребуется дополнительная информация:

6. Лицо или отдел, с которым мы можем связаться по вопросам медицинского страхования работника [Redacted]		
7. Адрес работодателя (Рынок медицинского страхования может направить уведомление по этому адресу) [Redacted]		
8. Город [Redacted]	9. Штат [Redacted]	10. Почтовый индекс [Redacted]
11. Номер телефона (если отличается от вышеуказанного) ( [Redacted] ) [Redacted] - [Redacted]	12. Адрес эл. почты [Redacted]	

13. Имеет ли работник в настоящее время право на страховое покрытие, предлагаемое этим работодателем, или работник получит право на это в течение ближайших 3-х месяцев?

**ДА** (Продолжить)  **НЕТ (РАБОТОДАТЕЛЬ: ОСТАНОВИТЕСЬ** и верните эту форму работнику. **РАБОТНИК:** вернитесь к вашей заявке для медицинского страхования на Рынке медицинского страхования.)

**a. Если работник в данный момент не имеет права на медицинское страхование, в том числе ввиду периода ожидания или испытательного срока, когда работник будет иметь право на медицинское страхование? (мм/дд/гггг)**

[Redacted] / [Redacted] / [Redacted]

**b. Предлагает ли работодатель план медицинского страхования, покрывающий супруга или иждивенца (иждивенцев) работника?**

**ДА.** Если ответ «да», то какие лица покрываются медицинским страхованием?  Супруг  Иждивенец (иждивенцы)  **НЕТ** (Перейдите к вопросу 14.)

Укажите имена каких-либо других лиц в домохозяйстве работника, имеющих право на страховое покрытие от этой работы.

Имя  
[Redacted]

Имя  
[Redacted]

Имя  
[Redacted]

продолжение на следующей странице

**Сообщите нам о плане медицинского страхования, предлагаемом этим работодателем.**

14. Предлагает ли работодатель план медицинского страхования, соответствующий стандарту минимальной ценности\*?

**ДА** (Перейдите к вопросу 15.)  **НЕТ** (ОСТАНОВИТЕСЬ и верните эту форму работнику.)

15. Сколько должен бы платить работник за самый дешевый план медицинского страхования, предлагаемый работнику, который только соответствует стандарту минимальной ценности\*? Не указывайте семейные планы. **ПРИМЕЧАНИЕ:** Если работодатель предлагает оздоровительные программы, укажите уплачиваемый работником страховой взнос, если работник получает максимальную скидку за какую-либо программу прекращения курения и не получает какие-либо другие скидки, основанные на оздоровительных программах.

a. Работник будет платить этот страховой взнос: \$

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Укажите минимальную сумму, которую работник может платить за медицинское страхование.

b. Работник будет платить эту сумму:  Ежедневно  Каждые 2 недели  Дважды в месяц  Ежемесячно  
 Ежеквартально  Годовая

(Перейдите к следующему вопросу.)

16. Какие изменения сделает работодатель в плане для следующего года?

Работодатель перестанет предлагать медицинское страхование с этой даты: (мм/дд/гггг)

Величина страхового взноса изменится для самого дешевого плана медицинского страхования, который соответствует стандарту минимальной ценности\* и доступен только для работника. (Страховой взнос должны отражать только скидки для программ прекращения курения. См. вопрос 15.)

a. Работник будет платить этот страховой взнос: \$

b. Какова периодичность?  Ежедневно  Каждые 2 недели  Дважды в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  Годовая

c. Дата изменения: (мм/дд/гггг)

Я не знаю сделает ли работодатель изменения.  
 Работодатель не будет делать какие-либо из этих изменений.

\* План медицинского страхования соответствует стандарту минимальной ценности, если он оплачивает не менее 60% общей стоимости медицинских услуг для стандартного населения и предлагает значительное страховое покрытие услуг больницы и врача. Большинство предлагаемых на работе планов медицинского страхования соответствуют стандарту минимальной ценности.



## Приложение В

---



# Приложение С

## Помощь при заполнении данной заявки

### Только для сертифицированных консультантов, координаторов, агентов и брокеров по заявке

Заполните этот раздел, если вы сертифицированный консультант, координатор, агент или брокер по заявке, заполняющий эту заявку для какого-либо другого лица.

1. Начальная дата заявки (мм/дд/гггг)	
<input type="text"/>	
2. Имя, отчество, фамилия и приписка к имени	
<input type="text"/>	
3. Название организации	
<input type="text"/>	
4. Идентификационный номер (если это применимо)	5. Только агенты/брокеры: Номер национального производителя (NPN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Вы можете выбрать уполномоченного представителя.

Вы можете дать разрешение доверенному лицу обсуждать с нами данную заявку, ознакомиться с вашей информацией и действовать в ваших интересах по вопросам, связанным с этой заявкой, включая получение информации о вашей заявке и подписание заявки от вашего имени. Это лицо называется «уполномоченный представитель». Если вам когда-нибудь нужно изменить или удалить уполномоченное лицо, обратитесь на Рынок медицинского страхования. Если вы законно назначенный представитель для кого-либо по этой заявке, представьте доказательство вместе с заявкой..

1. Имя уполномоченного представителя (имя, отчество, фамилия)			
<input type="text"/>			
2. Адрес		3. Номер квартиры/помещения	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Город		5. Штат	6. Почтовый индекс
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Номер телефона			
( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>			
8. Название организации			
<input type="text"/>			
9. Идентификационный номер (если это применимо)			
<input type="text"/>			

Подписываясь, вы разрешаете этому лицу подписать вашу заявку, получать официальную информацию об этой заявке и действовать в ваших интересах по всем будущим вопросам, связанным с этой заявкой.

10. Подпись ЛИЦА 1, указанного в настоящей заявке	11. Дата подписи (мм/дд/гггг)
<input type="text"/>	<input type="text"/>





# Приложение D

## Вопросы об изменениях жизненных обстоятельств

(Вы должны заполнить остальную часть данной заявки наряду с этой страницей. Не подавайте только эту страницу отдельно.)

Если у кого-либо, указанного в этом заявлении, произошли определенные изменения жизненных обстоятельств в последние 60 дней, ответьте на следующие вопросы. Определенные изменения жизненных обстоятельств позволяют немедленно начать страховое покрытие через Рынок медицинского страхования. Мы также рекомендуем вам ответить на эти вопросы, если вы подаете заявку после окончания ежегодного периода открытой регистрации плана медицинского страхования и до начала следующего ежегодного периода открытой регистрации плана медицинского страхования.

Отвечать на эти вопросы необязательно. Если ваши жизненные обстоятельства не изменились, вы можете не отвечать на вопросы. Вы можете зарегистрироваться в программе Медикейд и Программе медицинского страхования детей (CHIP) в любое время года, даже если ваши жизненные обстоятельства не изменились. Члены федерально признанных племен и коренные жители Аляски могут зарегистрироваться через Рынок медицинского страхования в любое время года.

### Сообщите нам об изменениях в вашем домохозяйстве.

1. Кто-либо лишился прав на медицинское страхование в течение последних 60 дней или ожидает лишения прав на медицинское страхование в течение следующих 60 дней?

Имена [Redacted]	Срок страхового покрытия закончился или закончится (мм/дд/гггг) [Redacted]
<input type="checkbox"/> Пометьте здесь, если страховое покрытие закончилось из-за неуплаты страховых взносов.	

2. Кто-либо вступил в брак в течение последних 60 дней?

Имена [Redacted]	Дата (мм/дд/гггг) [Redacted]
---------------------	---------------------------------

3. Кто-либо был выпущен из заключения (содержание под стражей или в тюрьме) в течение последних 60 дней?

Имена [Redacted]	Дата (мм/дд/гггг) [Redacted]
---------------------	---------------------------------

4. Кто-либо получил законный иммиграционный статус в течение последних 60 дней?

Имена [Redacted]	Дата (мм/дд/гггг) [Redacted]
---------------------	---------------------------------

5. Был ли кто-то усыновлен/удочерен, отдан на усыновление/удочерение или отдан в патронат в течение последних 60 дней?

Имена [Redacted]	Дата (мм/дд/гггг) [Redacted]
---------------------	---------------------------------

6. Стал ли кто-либо иждивенцем ввиду уплаты алиментов или другого судебного приказа в течение последних 60 дней?

Имена [Redacted]	Дата (мм/дд/гггг) [Redacted]
---------------------	---------------------------------

7. Изменилось ли у кого-либо основное место жительства в течение последних 60 дней?

Имена [Redacted]	Дата события (мм/дд/гггг) [Redacted]
---------------------	---

Каков почтовый индекс вашего предыдущего адреса?  Заполните здесь, если вы прибыли из иностранного государства или территории США

[Redacted]

а. Кто-либо из этих лиц имел право на медицинское страхование в любое время в течение последних 60 дней? .....  Да  Нет

Если ответ «да», то укажите ниже имя(имена):

Имена  
[Redacted]