



صحت کے کوریج اور لاگتوں کی ادائیگی میں مدد کے لیے درخواست

Form Approved
OMB No. 0938-1213

HealthCare.gov پر آن لائن تیزی سے درخواست دیں۔

- حسب استطاعت نجی صحت بیمہ کے پلانز جو صحت مند رہنے میں آپ کی مدد کے لیے جامع کوریج فراہم کرتے ہیں۔
- ایک نیا ٹیکس کریڈٹ جو صحت کے کوریج کے لیے آپ کی قسطوں کی ادائیگی میں فوری مدد کرسکتا ہے۔
- میڈیکڈ یا چلڈرنز ہیلتھ انشورنس پروگرام (CHIP) سے مفت یا کم قیمت کوریج
- آپ ایک مفت یا کم قیمت پروگرام کے لیے اہل ہوسکتے ہیں، ایسی صورت میں بھی کہ آپ کی آمدنی فی سال \$97,200 ہو (4 افراد والے خاندان کے لیے)

اس درخواست کا استعمال یہ دیکھنے کے لیے کریں کہ آپ کس کوریج کے لیے اہل ہیں



اس درخواست کا استعمال کون کرسکتا ہے؟



درخواست دینے کے لئے آپ کو کن چیزوں کی ضرورت ہوسکتی ہے



ہم ان معلومات کا مطالبہ کیوں کرتے ہیں؟



آگے کیا ہوتا ہے؟



اس درخواست میں مدد حاصل کریں

- اس درخواست کا استعمال اپنے خاندان کے کسی فرد کے لیے درخواست دینے میں کریں۔
- اگر آپ کے بچے کا صحت کا کوریج پہلے سے موجود ہو تب بھی درخواست دیں۔ آپ کم قیمت یا مفت کوریج کے اہل ہوسکتے ہیں۔
- اگر آپ تنہا ہیں تو، آپ ایک مختصر فارم استعمال کرسکتے ہیں۔ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) پر جائیں۔
- جن خاندانوں میں تارکین وطن شامل ہیں وہ درخواست دے سکتے ہیں۔ اگر آپ کوریج کے اہل نہیں ہیں تب بھی آپ اپنے بچے کے لیے درخواست دے سکتے ہیں۔ درخواست دینے سے آپ کی امیگریشن کی صورتحال یا مستقل مکین یا شہری بننے کے امکانات پر اثر نہیں پڑے گا۔
- اگر اس درخواست کو پُر کرنے میں کوئی آپ کی مدد کر رہا ہے تو، آپ کو ضمیمہ C مکمل کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔

- سوشل سیکیورٹی نمبرز (یا کسی ایسے اہل تارکین وطن کے لیے دستاویز کے نمبرز جسے کوریج کی ضرورت ہو)۔
- آپ کے خاندان میں ہر فرد کے لیے آجر اور آمدنی کی معلومات (مثال کے طور پر، ادائیگی کی رسیدوں، W-2 فارمز، یا اجرت یا ٹیکس اسٹیٹمنٹس)۔
- کسی موجودہ صحت بیمہ کے لیے پالیسی نمبرز۔
- آپ کے خاندان کے لیے دستیاب ملازمت سے وابستہ صحت کے کسی بیمہ کے بارے میں معلومات۔

ہم آپ کو یہ بتانے کے لیے آمدنی اور دیگر معلومات طلب کرتے ہیں کہ آپ کس طرح کے کوریج کے اہل ہیں اور کیا آپ کو اس کی ادائیگی میں کوئی مدد مل سکتی ہے۔ ہم آپ کے ذریعہ فراہم کی گئی تمام معلومات کو، قانونی تقاضوں کے مطابق خفیہ اور محفوظ رکھیں گے۔ رازداری سے متعلق قانون کا بیان پڑھنے، یا ہدایات دیکھنے کے لیے [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ملاحظہ کریں۔

اپنی مکمل کردہ، دستخط شدہ درخواست صفحہ 7 پر موجود ہتے پر بھیجیں۔ اگر آپ کے پاس وہ تمام معلومات نہیں ہیں جو ہم نے طلب کی ہیں تو بھی اپنی درخواست پر دستخط کر کے جمع کروائیں۔ ہم 1-2 ہفتوں کے اندر آپ سے رابطہ کریں گے، اور اگر ہمیں مزید معلومات کی ضرورت ہوگی تو آپ کو مارکیٹ پلیس سے کال موصول ہوسکتی ہے۔ آپ کی درخواست پر کارروائی ہونے کے بعد آپ کو اہلیت کے تعین کا ایک خط بذریعہ ڈاک ملے گا۔ اگر آپ کو ہماری طرف سے جواب نہیں ملتا ہے تو، مارکیٹ پلیس کے کال سنٹر سے رابطہ کریں۔ اس درخواست کو پُر کرنے کا مطلب یہ نہیں ہے کہ آپ کے لیے صحت کا کوریج حاصل کرنا لازمی ہے

- آن لائن: [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)
- فون: مارکیٹ پلیس کے کال سنٹر کو 1-800-318-2596 پر کال کریں۔ TTY صارفین کو 1-855-889-4325 پر کال کرنا چاہیے۔
- ذاتی طور پر: آپ کے علاقے میں صلاح کاران (کونسلرز) ہوسکتے ہیں جو مدد کرسکتے ہیں۔ مزید معلومات کے لیے [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ملاحظہ کریں، یا مارکیٹ پلیس کے کال سنٹر کو 1-800-318-2596 پر کال کریں۔
- دیگر زبانیں: اگر آپ کو انگریزی کے علاوہ زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو، 1-800-318-2596 پر کال کریں اور کسٹمر سروس کے نمائندے کو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں۔ ہم آپ کو بلا معاوضہ مدد فراہم کریں گے۔

آپ اس پروڈکٹ میں موجود معلومات کو متبادل شکل میں حاصل کرنے کا حق رکھتے ہیں۔ آپ کو ایسی صورت میں شکایت کرنے کا بھی حق ہے اگر آپ کو لگتا ہے کہ آپ کے خلاف امتیازی سلوک کیا گیا ہے۔ مزید معلومات کے لیے www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/ [cmsnondiscriminationnotice.html](https://www.cms.gov/ondiscriminationnotice.html) ملاحظہ کریں، یا مارکیٹ پلیس کے کال سنٹر کو 1-800-318-2596 پر کال کریں۔ TTY صارفین کو 1-855-889-4325 پر کال کرنا چاہیے۔



براہ کرم صرف سیاہ یا گہری نیلی روشنائی سے بڑے حروف میں صاف صاف لکھیں
خانوں میں بھریں (○) اس طرح سے ← ●

مرحلہ 1: ہمیں اپنے بارے میں بتائیں۔

(آپ کی درخواست کے لیے رابطہ فرد کے طور پر ہمیں خاندان کے ایک بالغ فرد کی ضرورت ہے۔)

1. پہلا نام	درمیانی نام	آخری نام	لاحقہ
[Blank space for name and surname]			
2. گھر کا پتہ (اگر آپ کا کوئی پتہ نہ ہو تو اسے خالی چھوڑ دیں۔)		3. اپارٹمنٹ یا سوئٹ نمبر	
[Blank space for address]			
4. شہر	5. ریاست	6. زپ کوڈ	7. کاؤنٹی، علاقہ، یا ٹاؤن شپ
[Blank space for city]	[Blank space for state]	[Blank space for zip code]	[Blank space for county/area/township]
8. ڈاک کا پتہ (اگر گھر کے پتے سے مختلف ہو)		9. اپارٹمنٹ یا سوئٹ نمبر	
[Blank space for PO box and apartment number]			
10. شہر	11. ریاست	12. زپ کوڈ	13. کاؤنٹی، علاقہ، یا ٹاؤن شپ
[Blank space for city]	[Blank space for state]	[Blank space for zip code]	[Blank space for county/area/township]
14. دن کے وقت کا فون نمبر		15. شام کا فون نمبر	
[Blank space for daytime phone number]		[Blank space for evening phone number]	
16. کیا آپ اس درخواست کے بارے میں معلومات بذریعہ ای میل حاصل کرنا چاہتے ہیں؟..... ہاں ○ نہیں ○			
ای میل پتہ: [Blank space for email address]			
17. آپ کی بولی جانے والی ترجیحی زبان کون سی ہے؟ آپ کی ترجیحی تحریری زبان کون سی ہے؟			
[Blank space for language preference]			

مرحلہ 2: ہمیں اپنے خاندان کے بارے میں بتائیں۔

اس درخواست پر آپ کو کسے شامل کرنے کی ضرورت ہے؟
اپنے خاندان اور گھرانے میں ہر فرد کے لیے مرحلہ 2 کے صفحات مکمل کریں، خواہ اس فرد کا پہلے سے ہی پلٹھ کوریج کیوں نہ ہو۔ اس درخواست میں موجود معلومات سے ہمیں یہ یقینی بنانے میں مدد ملتی ہے کہ ہر کسی کو اس کے لیے ممکنہ بہتر سے بہتر کوریج ملے۔ مدد کی مقدار اور آپ جس قسم کے پروگرام کے لیے اہل ہوسکتے ہیں اس کا انحصار آپ کے خاندان میں موجود افراد اور ان کی آمدنیوں پر ہوسکتا ہے۔ اگر آپ کسی کو شامل نہیں کرتے ہیں، ایسی صورت میں بھی کہ ان کا پہلے ہی صحت کا کوریج موجود ہو، تو آپ کی اہلیت کے نتائج متاثر ہوسکتے ہیں

ان بالغوں کے لیے جنہیں کوریج کی ضرورت ہے:

ان لوگوں کو ایسی صورت میں بھی شامل کریں اگر وہ خود صحت کے کوریج کے لیے درخواست نہ دے رہے ہوں:

- شریک حیات
- 21 سال سے کم عمر کا بیٹا یا بیٹی جو ساتھ رہتے ہوں، بشمول سوتیلے بچے
- ایک ہی وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں شامل کوئی دیگر فرد (بشمول 21 سال سے زیادہ عمر کے کوئی بچے جن کے لیے والدین کے ٹیکس ریٹرن میں دعویٰ ہو)۔ صحت کا کوریج حاصل کرنے کے لیے آپ کو ٹیکسز فائل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

21 سال سے کم عمر کے بچے جنہیں کوریج کی ضرورت ہو:

ان لوگوں کو ایسی صورت میں بھی شامل کریں اگر وہ خود صحت کے کوریج کے لیے درخواست نہ دے رہے ہوں:

- والدین (سوتیلے والدین) میں سے کوئی جن کے ساتھ وہ رہتے ہوں
- کوئی بھائی بہن جن کے ساتھ وہ رہتے ہوں
- بیٹا یا بیٹی جو ساتھ رہتے ہوں، بشمول سوتیلے بچے
- ایک ہی وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں شامل کوئی دیگر فرد۔ صحت کا کوریج حاصل کرنے کے لیے آپ کو ٹیکسز فائل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

اپنے خاندان کے ہر فرد کے لیے مرحلہ 2 مکمل کریں۔

خود سے شروع کریں، پھر دیگر بالغوں اور بچوں کو شامل کریں۔ اگر آپ کے خاندان میں 2 لوگوں سے زیادہ ہوں تو، آپ کو صفحات کی کاپی کر کے انہیں منسلک کرنے کی ضرورت ہوگی۔

آپ کو خاندان کے ان ممبران کے لیے امیگریشن کی صورتحال اور سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN) فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے جنہیں کوریج کی ضرورت نہیں ہے۔ ہم آپ کے ذریعہ فراہم کی گئی تمام معلومات کو، قانونی تقاضوں کے مطابق خفیہ اور محفوظ رکھیں گے۔ ہم ذاتی معلومات کا استعمال صرف یہ چیک کرنے کے لیے کریں گے کہ آیا آپ صحت کے کوریج کے لیے اہل ہیں۔



مرحلہ 2: فرد 1 (خود سے شروع کریں۔)

اپنے، اپنے شریک حیات / پارٹنر اور ان بچوں کے لیے جو آپ کے ساتھ رہتے ہوں، اور/یا اگر آپ وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن فائل کرتے ہیں تو اس میں شامل کسی فرد کے لیے مرحلہ 2 مکمل کریں۔ کسے شامل کرنا ہے اس کے بارے میں مزید معلومات کے لیے صفحہ 1 دیکھیں۔ اگر آپ ٹیکس ریٹرن فائل نہیں کرتے ہیں تو بھی خاندان کے ان ممبران کو شامل کرنا یاد رکھیں جو آپ کے ساتھ رہتے ہوں۔

1. پہلا نام	درمیانی نام	آخری نام	لاحقہ

2. فرد 1 سے رشتہ؟	3. کیا آپ شادی شدہ ہیں؟	4. تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال)	5. جنس
خود	ہاں <input type="radio"/> نہیں <input type="radio"/>		مرد <input type="radio"/> عورت <input type="radio"/>

6. سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN)

★ ہمیں ایسی صورت میں سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN) نمبر کی ضرورت ہے اگر آپ صحت کا کوریج چاہتے ہیں اور آپ کے پاس SSN ہے یا آپ اسے حاصل کر سکتے ہیں۔ ہم SSNs کا استعمال یہ دیکھنے کے لیے آمدنی اور دیگر معلومات چیک کرنے کے لیے کرتے ہیں کہ صحت کے کوریج کے لیے ادائیگی میں مدد کے واسطے کون اہل ہے۔ اگر آپ کو SSN حاصل کرنے میں مدد کی ضرورت ہو تو، socialsecurity.gov پر جائیں، یا سیکیورٹی کو 1-800-772-1213 پر کال کریں۔ ٹی ٹی وائی استعمال کنندگان کو 1-855-889-4325 پر کال کرنا چاہیے۔

7. کیا آپ کا منصوبہ اگلے سال وفاقی ٹیکس ریٹرن فائل کرنے کا ہے؟ آپ ایسی صورت میں بھی کوریج کے لیے درخواست دے سکتے ہیں اگر آپ وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن فائل نہ کرتے ہوں۔

ہاں اگر ہاں، تو براہ کرم سوالات a-c کا جواب دیں۔ نہیں۔ اگر نہیں تو، سوال c پر جائیں۔

a. کیا آپ شریک حیات کے ساتھ مشترکہ طور پر فائل کریں گے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں تو شریک حیات کا نام لکھیں: _____

b. کیا آپ اپنے ٹیکس ریٹرن پر منحصر افراد کا دعویٰ کریں گے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں تو، منحصر افراد کے نام درج کریں: _____

c. کیا کسی دیگر فرد کے ٹیکس ریٹرن پر بطور منحصر فرد آپ کے لیے دعویٰ کیا جائے گا؟ ہاں نہیں

اگر ہاں تو، براہ کرم ٹیکس فائل کرنے والے کا نام درج کریں: _____

ٹیکس فائل کرنے والے سے آپ کا کیا رشتہ ہے؟ _____

8. کیا آپ حاملہ ہیں؟ ہاں نہیں اگر ہاں تو، اس حمل کے دوران کتنے بچوں کی توقع ہے؟ _____

9. کیا آپ کو صحت کا کوریج درکار ہے؟ اگر آپ کا کوریج موجود ہو تو بھی، یہاں بہتر کوریج یا کم لاگت والا کوئی پروگرام ہوسکتا ہے۔

ہاں اگر ہاں تو، ذیل کے تمام سوالوں کے جواب دیں۔ نہیں۔ اگر نہیں تو، صفحہ 3 پر آمدنی والے سوالات پر جائیں۔ اس صفحہ کے باقی حصے کو خالی چھوڑ دیں۔

10. کیا آپ کو کوئی جسمانی، دماغی، یا جذباتی صحت کی کیفیت ہے جس کے سبب سرگرمیوں (جیسے غسل، لباس پہننے، روزمرہ کے کام کاج، وغیرہ) میں رکاوٹ پیدا ہو یا کسی طبی سہولت یا نرسنگ ہوم میں رہنے کی ضرورت ہو؟ ہاں نہیں

11. کیا آپ امریکی شہری یا امریکی نژاد ہیں؟ ہاں نہیں

12. آپ حاصل کردہ شہریت والے یا فطری شہری ہیں؟ (عام طور پر اس کا مطلب یہ ہے کہ آپ کی پیدائش امریکہ سے باہر ہوئی ہے)

ہاں اگر ہاں تو، A اور B کو مکمل کریں۔ نہیں۔ اگر نہیں، تو سوال 13 پر جاری رکھیں۔

a. ایلین نمبر: _____

b. سرٹیفکٹ نمبر: _____

a اور b مکمل کرنے کے بعد سوال 14 پر جائیں۔

13. اگر آپ امریکی شہری، یا امریکی نژاد نہیں ہیں تو، کیا آپ کے پاس اہل امیگریشن والی حیثیت ہے؟ ہاں۔ دستاویز کی قسم اور ID نمبر درج کریں۔ ہدایت دیکھیں۔

امیگریشن دستاویز کی قسم _____ حیثیت کی قسم (اختیاری) _____ اپنا وہی نام لکھیں جو امیگریشن دستاویز پر ہے۔ _____

ایلین یا 94-I نمبر	کارڈ نمبر یا پاسپورٹ نمبر
SEVIS ID یا میعاد ختم ہونے کی تاریخ (اختیاری)	دیگر (زمرہ کا کوڈ یا جاری کرنے والا ملک)

a. کیا آپ 1996 سے امریکہ میں رہے ہیں؟ ہاں نہیں

b. کیا آپ، آپ کے شریک حیات یا والدین، سابق فوجی یا یو ایس ملٹری کے فعال ڈیوٹی والے ممبر ہیں؟ ہاں نہیں

14. کیا آپ گزشتہ 3 مہینوں سے طبی بلوں کی ادائیگی میں مدد چاہتے ہیں؟ ہاں نہیں

15. کیا آپ 19 سال سے کم عمر کے کم از کم ایک بچے کے ساتھ رہتے ہیں، اور کیا آپ اس بچے کی دیکھ بھال کرنے والے مرکزی فرد ہیں؟ (اگر آپ یا آپ کے شریک حیات اس بچے کی دیکھ بھال کرتے ہیں تو "ہاں" منتخب کریں۔) ہاں نہیں

16. 19 سال سے کم عمر والے بچوں کا نام اور رشتہ بتائیں جو آپ کے ساتھ آپ کے گھرانے میں رہتے ہوں: _____

17. کیا آپ کل وقتی طالب علم ہیں؟ ہاں نہیں کیا آپ 18 سال یا زیادہ کی عمر میں رضاعی نگہداشت میں رہتے ہیں؟ ہاں نہیں

20. نسل: سفید فام سیاہ فام یا افریقی امریکی امریکی انڈین یا الاسکا کے قبائلی فلپینو جاپانی کوریائی ایشیائی ہندوستانی چینی ویتنامی

دیگر ایشیائی ہوائی کے قبائلی گوامینین یا شیمارو ساموائی دیگر جزائر بحر الکاہل کا باشندہ دیگر _____

(ان سبھی کو پُر کریں جن کا اطلاق ہوتا ہے)



مرحلہ 2: فرد 1 (خود سے شروع کریں۔)

موجودہ ملازمت اور آمدنی کی معلومات

- ملازمت میں ہیں: اگر آپ ابھی ملازمت میں ہیں تو، ہمیں اپنی آمدنی بتائیں۔ سوال 21 سے شروع کریں۔
- ملازمت میں نہیں ہیں: سوال 31 پر جائیں۔
- ذاتی روزگار: سوال 30 پر جائیں۔

موجودہ ملازمت 1:

21. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ

b. شہر

c. ریاست

d. زپ کوڈ

22. آجر کا فون نمبر

23. اجرت/بخشش (ٹیکسز سے قبل)

● بلحاظ گھنٹہ

● ہفتہ واری

● ہر 2 ہفتے پر

24. ہر ہفتے کام کے اوسط گھنٹے

● مہینے میں دو بار

● ماہانہ

● سالانہ

موجودہ ملازمت 2: (اگر آپ مزید کام کرتے ہیں اور مزید جگہ کی ضرورت ہے تو، کاغذ کا دوسرا صفحہ منسلک کریں۔)

25. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ

b. شہر

c. ریاست

d. زپ کوڈ

26. آجر کا فون نمبر

27. اجرت/بخشش (ٹیکسز سے قبل)

● بلحاظ گھنٹہ

● ہفتہ واری

● ہر 2 ہفتے پر

28. ہر ہفتے کام کے اوسط گھنٹے

● مہینے میں دو بار

● ماہانہ

● سالانہ

29. گزشتہ سال، کیا آپ نے: ● ملازمتیں تبدیل کیں ● کام چھوڑا ● کم گھنٹے کام کرنا شروع کیا ● ان میں سے کوئی نہیں

30. اگر اپنا روزگار ہو تو، a اور b کا جواب دیں:

a. کام کی قسم:

b. ذاتی روزگار سے اس مہینے آپ کو کتنی خالص آمدنی (بزنس کے اخراجات کی ادائیگی کے بعد منافع) حاصل ہوگی؟

بدايات دیکھیں۔

31. اس مہینے آپ کو حاصل ہونے والی دیگر آمدنی: ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور آپ کو یہ کتنی کثرت سے ملتی ہے۔ اگر کوئی نہیں ہو تو یہاں پُر کریں۔
نوٹ: آپ کو ہمیں چائلڈ سپورٹ، سابق فوجی والی ادائیگیوں، یا سیلیمینٹل سیکیورٹی انکم (SSI) کے بارے میں بتانے کی ضرورت نہیں ہے

● بے روزگار

کتنی کثرت سے؟

● موصولہ گزارہ خرچ

\$

کتنی کثرت سے؟

● پنشن

کتنی کثرت سے؟

● زراعت/ماہی گیری سے خالص آمدنی

\$

کتنی کثرت سے؟

● سوشل سیکیورٹی

کتنی کثرت سے؟

● خالص کرایہ / رائلٹی

\$

کتنی کثرت سے؟

● ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس

کتنی کثرت سے؟

● دیگر آمدنی

\$

کتنی کثرت سے؟

قسم:

32. کٹوتیاں: ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور آپ کو یہ ادائیگی کتنی کثرت سے ہوتی ہے۔ اگر آپ کو بعض چیزوں کے لیے ادائیگی ہوتی ہے جسے وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں منہا کیا جاسکتا ہے تو، ہمیں اس کے بارے میں بتانے سے صحت کے کوریج کی لاگت تھوڑی کم ہوسکتی ہے۔
نوٹ: آپ کو وہ چائلڈ سپورٹ جو آپ ادا کرتے ہیں، یا اس لاگت کو شامل نہیں کرنا چاہیے جس کا ذکر آپ کے خالص ذاتی روزگار والی آمدنی میں ہوچکا ہے (سوال 30b)۔

● ادا کردہ گزارہ خرچ

کتنی کثرت سے؟

● دیگر کٹوتیاں

\$

کتنی کثرت سے؟

قسم:

● طالب علم کے قرض کا سود

کتنی کثرت سے؟

33. اس سوال کو مکمل کریں اگر سال کے دوران آپ کی آمدنی میں تبدیلی ہوئی ہو، جیسے آپ سال کے کسی حصے میں صرف ایک کام کرتے ہیں یا چند مہینوں کے لیے وظیفہ حاصل کرتے ہیں۔ اگر آپ اپنی ماہانہ آمدنی میں تبدیلی کی توقع نہیں کرتے ہیں تو، چھوڑ کر دوسرے فرد پر جائیں۔

اس سال آپ کی کل آمدنی

اگلے سال آپ کی کل آمدنی (اگر آپ کے خیال میں یہ مختلف ہوگی)

\$

\$

شکریہ! ہم آپ کے بارے میں بس یہی جاننا چاہتے ہیں۔

اپنی درخواست کے سلسلے میں مدد کی ضرورت ہے؟ HealthCare.gov ملاحظہ کریں یا ہمیں 1-800-318-2596 پر کال کریں۔ اگر آپ کو انگریزی کے علاوہ زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو، 1-800-318-2596 پر کال کریں اور کسٹمر سروس کے نمائندے کو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں۔ ہم آپ کو بلا معاوضہ مدد فراہم کریں گے۔ ٹی ٹی وائی استعمال کنندگان کو 1-855-889-4325 پر کال کرنا چاہیے۔

اسے مکمل نہ کریں یہ درخواست نہیں ہے

صفحہ 4 از 7



نوٹ: اگر اس فرد کو صحت کے کوریج کی ضرورت نہیں ہے تو، اس صفحہ پر بس سوالات 10-1 کا جواب دیں۔ اگر آپ کے گھرانے میں 2 سے زیادہ لوگ ہیں تو صفحہ 4-5 کی کاپی بنا لیں۔

مرحلہ 2: فرد 2

اس صفحہ کو اپنے شریک حیات / پارٹنر اور ان بچوں کے لیے، جو آپ کے ساتھ رہتے ہوں، اور/یا اگر آپ وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن فائل کرتے ہیں تو اس میں شامل کسی فرد کے لیے مکمل کریں۔ اگر آپ ٹیکس ریٹرن فائل نہیں کرتے ہیں تو بھی خاندان کے ان ممبران کو شامل کرنا یاد رکھیں جو آپ کے ساتھ رہتے ہوں۔ کسے شامل کرنا ہے اس کے بارے میں مزید معلومات کے لیے صفحہ 1 دیکھیں۔

1. پہلا نام	درمیانی نام	آخری نام	لاحقہ
[Blank space for name entry]			
2. فرد 1 سے رشتہ؟ ہدایات دیکھیں۔	3. کیا فرد 2 شادی شدہ ہے؟	4. تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال)	5. جنس
[Blank space]	ہاں <input type="radio"/> نہیں <input type="radio"/>	[Blank space]	مرد <input type="radio"/> عورت <input type="radio"/>
6. سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN)	* اگر آپ فرد 2 کے لیے صحت کا کوریج چاہتے ہیں اور فرد 2 کے پاس SSN ہے تو ہمیں اس کی ضرورت ہے۔		
[Blank space]	[Blank space]		
7. کیا فرد 2 اسی پتے پر رہتا/رہتی ہے جہاں فرد 1 رہتا/رہتی ہے؟	اگر نہیں تو، پتہ درج کریں:		
[Blank space]	[Blank space]		
8. کیا فرد 2 کا منصوبہ اگلے سال وفاقی ٹیکس ریٹرن فائل کرنے کا ہے؟ (آپ ایسی صورت میں بھی کوریج کے لیے درخواست دے سکتے ہیں اگر فرد 2 وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن فائل نہ کرتا/کرتی ہو۔)	ہاں۔ اگر ہاں، تو براہ کرم سوالات A-C کا جواب دیں۔		
[Blank space]	[Blank space]		
a. کیا فرد 2 شریک حیات کے ساتھ مشترکہ طور پر فائل کریں گے/گی؟	اگر ہاں تو شریک حیات کا نام لکھیں:		
[Blank space]	[Blank space]		
b. کیا فرد 2 اپنے ٹیکس ریٹرن پر کسی منحصر افراد کا دعویٰ کریں گے/گی؟	اگر ہاں تو، منحصر افراد کے نام درج کریں:		
[Blank space]	[Blank space]		
c. کیا کسی دیگر فرد کے ٹیکس ریٹرن پر بطور منحصر، فرد 2 کے لیے دعویٰ کیا جائے گا؟	اگر ہاں تو، براہ کرم ٹیکس فائل کرنے والے کا نام درج کریں:		
[Blank space]	[Blank space]		
9. کیا فرد 2 حاملہ ہے؟	اگر ہاں تو، اس حمل کے دوران کتنے بچوں کی توقع ہے؟ a. ہاں <input type="radio"/> نہیں <input type="radio"/>		
[Blank space]	[Blank space]		
10. کیا فرد 2 کو صحت کے کوریج کی ضرورت ہے؟ (اگر فرد 2 کا کوریج موجود ہو تو بھی، یہاں بہتر کوریج یا کم لاگت والا کوئی پروگرام ہوسکتا ہے۔)	ہاں۔ اگر ہاں تو، ذیل کے تمام سوالوں کے جواب دیں۔		
[Blank space]	[Blank space]		
11. کیا فرد 2 کو کوئی جسمانی، دماغی، یا جذباتی صحت کی کیفیت ہے جس کے سبب سرگرمیوں (جیسے غسل، لباس پہننے، روزمرہ کے کام کاج، وغیرہ) میں رکاوٹ پیدا ہو یا کسی طبی سہولت یا نرسنگ ہوم میں رہنے کی ضرورت ہو؟	اگر ہاں تو، اس کی وضاحت کریں:		
[Blank space]	[Blank space]		
12. کیا فرد 2 امریکی شہری یا امریکی نژاد ہے؟	اگر ہاں تو، اس کا مطلب یہ ہے کہ ان کی پیدائش امریکہ سے باہر ہوئی ہے۔		
[Blank space]	[Blank space]		
13. کیا فرد 2 حاصل کردہ شہریت والے یا فطری شہری ہیں؟ (عام طور پر اس کا مطلب یہ ہے کہ ان کی پیدائش امریکہ سے باہر ہوئی ہے)	ہاں۔ اگر ہاں تو، اور a اور b کو مکمل کریں۔		
[Blank space]	[Blank space]		
a. ایلیٹن نمبر:	b. سرٹیفیکٹ نمبر:	a اور b مکمل کرنے کے بعد سوال 15 پر جائیں۔	
[Blank space]	[Blank space]	[Blank space]	
14. اگر فرد 2 امریکی شہری، یا امریکی نژاد نہیں ہیں تو، کیا ان کے پاس ایل امیگریشن والی حیثیت ہے؟	ہاں۔ دستاویز کی قسم اور ID نمبر درج کریں، ہدایت دیکھیں۔		
[Blank space]	[Blank space]		
ایلیٹن یا I-94 نمبر	کارڈ نمبر یا پاسپورٹ نمبر	دیگر (زمرہ کا کوڈ یا جاری کرنے والا ملک)	
[Blank space]	[Blank space]	[Blank space]	
SEVIS ID یا میعاد ختم ہونے کی تاریخ (اختیاری)	[Blank space]		
[Blank space]	[Blank space]		
a. کیا فرد 2، 1996 سے امریکہ میں رہے/رہی ہیں؟	[Blank space]		
[Blank space]	[Blank space]		
b. کیا فرد 2، 1996 سے امریکہ میں رہے/رہی ہیں؟	[Blank space]		
[Blank space]	[Blank space]		
15. کیا فرد 2 گزشتہ 3 مہینوں سے طبی بلوں کی ادائیگی میں مدد چاہتے ہیں؟	[Blank space]		
[Blank space]	[Blank space]		
16. کیا فرد 2، 19 سال سے کم عمر کے کم از کم ایک بچے کے ساتھ رہتے/رہتی ہیں، اور کیا فرد 2 اس بچے کی دیکھ بھال کرنے والے مرکزی فرد ہیں؟	[Blank space]		
[Blank space]	[Blank space]		
17. 19 سال سے کم عمر والے بچوں کا نام اور رشتہ بتائیں جو فرد 2 کے ساتھ ان کے گھرانے میں رہتے ہوں: یہ وہی بچے ہوسکتے ہیں جن کا اندراج صفحہ 2 پر ہے۔	[Blank space]		
[Blank space]	[Blank space]		
18. کیا فرد 2، 18 سال یا زیادہ کی عمر میں رضاعی نگہداشت میں رہے/رہی ہیں؟	[Blank space]		
[Blank space]	[Blank space]		
اگر فرد 2 کی عمر 22 سال یا کم ہے تو براہ کرم ان سوالوں کے جواب دیں:	[Blank space]		
19. کیا فرد 2 کا ملازمت کے توسط سے بیمہ ہے اور گزشتہ 3 مہینوں کے دوران یہ ختم ہوچکا ہے؟	[Blank space]		
[Blank space]	[Blank space]		
a. اگر ہاں تو اختتام کی تاریخ:	b. بیمہ ختم ہونے کی وجہ:		
[Blank space]	[Blank space]		
20. کیا فرد 2 کل وقتی طالب علم ہے؟	[Blank space]		
[Blank space]	[Blank space]		

اختیاری: (ان سبھی کو پُر کریں جن کا اطلاق ہوتا ہے۔)

22. نسل: سفید فام سیاہ فام یا افریقی امریکی امریکی انڈین یا الاسکا کے قبائلی فلپینو جاپانی کوریائی ایشیائی ہندوستانی چینی ویتنامی دیگر ایشیائی ہوائی کے قبائلی گوامینین یا شیمارو ساموائی دیگر جزائر بحر الکاہل کا باشندہ دیگر

اپنی درخواست کے سلسلے میں مدد کی ضرورت ہے؟ HealthCare.gov ملاحظہ کریں یا ہمیں 1-800-318-2596 پر کال کریں۔ اگر آپ کو انگریزی کے علاوہ زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو، 1-800-318-2596 پر کال کریں اور کسٹمر سروس کے نمائندے کو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں۔ ہم آپ کو بلا معاوضہ مدد فراہم کریں گے۔ ٹی ٹی وائی استعمال کنندگان کو 1-855-889-4325 پر کال کرنا چاہیے۔



اسے مکمل نہ کریں یہ درخواست نہیں ہے

ہمیں کسی ایسی آمدنی کے بارے میں بتائیں جو فرد 2 کو حاصل ہوتی ہے۔
اگر فرد 2 کو صحت کے کوریج کی ضرورت نہ ہو تب بھی یہ صفحہ مکمل کریں۔

مرحلہ 2: فرد 2

موجودہ ملازمت اور آمدنی کی معلومات

- ملازمت میں ہیں: گر فرد 2 ابھی ملازمت کر رہے / رہی ہیں تو، ہمیں ان کی
آمدنی کے بارے میں بتائیں۔ سوال 23 سے شروع کریں۔
● ملازمت میں نہیں ہیں: سوال 33 پر جائیں۔
● ذاتی روزگار: سوال 32 پر جائیں۔

موجودہ ملازمت 1:

23. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ

b. شہر

c. ریاست

d. زپ کوڈ

24. آجر کا فون نمبر

() - - - - -

25. اجرت/بخشش (ٹیکسز سے قبل) بلحاظ گھنٹہ
مہینے میں دو بار مابانہ سالانہ
برقہ واری ہر 2 ہفتے پر
26. ہر ہفتے کام کے اوسط گھنٹے

موجودہ ملازمت 2: (اگر فرد 2 کے پاس زیادہ ملازمتیں ہیں تو، کاغذ کا دوسرا صفحہ منسلک کریں۔)

27. آجر کا نام:

a. آجر کا پتہ

b. شہر

c. ریاست

d. زپ کوڈ

28. آجر کا فون نمبر

() - - - - -

29. اجرت/بخشش (ٹیکسز سے قبل) بلحاظ گھنٹہ
مہینے میں دو بار مابانہ سالانہ
برقہ واری ہر 2 ہفتے پر
30. ہر ہفتے کام کے اوسط گھنٹے

31. گزشتہ سال، کیا فرد 2 نے: ● ملازمتیں تبدیل کیں ● کام چھوڑا ● کم گھنٹے کام کرنا شروع کیا ● ان میں سے کوئی نہیں

32. گر فرد 2 کا ذاتی روزگار ہے تو، درج ذیل سوالوں کا جواب دیں:

a. کام کی قسم:

b. ذاتی روزگار سے اس مہینے فرد 2 کو کتنی خالص آمدنی (بزنس کے اخراجات کی ادائیگی کے بعد منافع) حاصل ہوگی؟

\$

ہدایات دیکھیں۔

33. اس مہینے فرد 2 کو حاصل ہونی دیگر آمدنی: ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور فرد 2 کو یہ ادائیگی کتنی کثرت سے ہوتی ہے۔ اگر کوئی نہیں ہو تو یہاں پُر کریں۔
● نوٹ: فرد 2 کو ہمیں چائلڈ سپورٹ، سابق فوجی والی ادائیگیوں، یا سیلیمنٹل سیکیورٹی انکم (SSI) کے بارے میں بتانے کی ضرورت نہیں ہے۔

● بے روزگار	\$	● کتنی کثرت سے؟	● موصولہ گزارہ خرچ	\$	● کتنی کثرت سے؟
● پنشن	\$	● کتنی کثرت سے؟	● زراعت/ماہی گیری سے خالص آمدنی	\$	● کتنی کثرت سے؟
● سوشل سیکیورٹی	\$	● کتنی کثرت سے؟	● خالص کرایہ / رائلٹی	\$	● کتنی کثرت سے؟
● ریٹائرمنٹ اکاؤنٹس	\$	● کتنی کثرت سے؟	● دیگر آمدنی	\$	● کتنی کثرت سے؟

34. کٹوتیاں: ان سبھی کو پُر کریں جس کا اطلاق ہوتا ہو، اور رقم بتائیں اور فرد 2 کو یہ ادائیگی کتنی کثرت سے ہوتی ہے۔ اگر فرد 2 کو بعض چیزوں کے لیے ادائیگی ہوتی ہے جسے وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن میں منہا کیا جاسکتا ہے تو، ہمیں اس کے بارے میں بتانے سے صحت کے کوریج کی لاگت تھوڑی کم ہوسکتی ہے۔
نوٹ: آپ کو وہ چائلڈ سپورٹ جو فرد 2 ادا کرتے/کرتی ہیں، یا اس لاگت کو شامل نہیں کرنا چاہیے جس کا ذکر خالص ذاتی روزگار والی آمدنی میں ہوچکا ہے (سوال 32b)۔

● ادا کردہ گزارہ خرچ	\$	● کتنی کثرت سے؟	● دیگر کٹوتیاں	\$	● کتنی کثرت سے؟
● طالب علم کے قرض کا سود	\$	● کتنی کثرت سے؟	قسم:		

35. اس سوال کو تبھی مکمل کریں اگر سال کے دوران فرد 2 کی آمدنی میں تبدیلی ہوئی ہو، جیسے فرد 2 سال کے کسی حصے میں صرف ایک کام کرتے/کرتی ہیں یا چند مہینوں کے لیے وظیفہ حاصل کرتے/کرتی ہیں۔ اگر آپ فرد 2 کی مابانہ آمدنی میں تبدیلی کی توقع نہیں کرتے ہیں تو، چھوڑ کر دوسرے فرد پر جائیں۔

اس سال فرد 2 کی کل آمدنی

اگلے سال فرد 2 کی کل آمدنی

\$

\$

شکریہ! ہم فرد 2 کے بارے میں بس یہی جاننا چاہتے ہیں۔

اپنی درخواست کے سلسلے میں مدد کی ضرورت ہے؟ HealthCare.gov ملاحظہ کریں یا ہمیں 1-800-318-2596 پر کال کریں۔ اگر آپ کو انگریزی کے علاوہ زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو، 1-800-318-2596 پر کال کریں اور کسٹمر سروس کے نمائندے کو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں۔ ہم آپ کو بلا معاوضہ مدد فراہم کریں گے۔ ٹی ٹی وائی استعمال کنندگان کو 1-855-889-4325 پر کال کرنا چاہیے۔



مرحلہ 3: امریکی انڈین یا الاسکائی قبائلی (AI/AN) خاندان کے ممبر (ممبران)

1. کیا آپ یا آپ کے خاندان کا کوئی فرد امریکی انڈین یا الاسکائی قبائلی ہے؟

● نہیں۔ اگر نہیں، تو مرحلہ 4 پر جاری رکھیں۔ ● ہاں۔ اگر ہاں تو، مرحلہ 4 پر جاری رکھیں، ساتھ ہی ضمیمہ B مکمل کریں اور اسے درخواست کے ساتھ شامل کریں۔

مرحلہ 4: آپ کے کنبے کی صحت کا کوریج

1. ہر سال کے لیے جب آپ پریمیم ٹیکس کریڈٹ حاصل کرتے ہیں، تو کیا آپ کا گھرانہ انکم ٹیکس ریٹرن جمع کرواتا اور آپ کے استعمال والے کسی بھی پریمیم ٹیکس کریڈٹ کا تصفیہ کرتا ہے؟

- ہاں، پریمیم ٹیکس کریڈٹس کا تصفیہ کیا جاتا ہے۔ دائرہ کو صرف تبھی بھریں جب آپ پر ان میں سے سبھی کا اطلاق ہوتا ہو:
- آپ نے گزشتہ ایک یا دو سالوں میں Marketplace کوریج کی لاگتوں کو کم کرنے کے لیے پریمیم ٹیکس کریڈٹس (APTC) کی پیشگی ادائیگی کا استعمال کیا ہے۔
 - آپ کے گھرانے کے ٹیکس جمع کرنے والے نے ان سبھی سالوں کے لیے وفاقی انکم ٹیکس ریٹرن جمع کیا ہے۔
 - ٹیکس جمع کرنے والے نے ٹیکس ریٹرن کے ساتھ IRS فارم 8962 (<https://www.irs.gov/healthcare/help/reconciling-your-tax-credit>) جمع کروایا ہے۔

2. کیا اس درخواست میں کوئی بھی ایسا فرد تھا جو گزشتہ 90 دنوں میں Medicaid یا چلڈرنز ہیلتھ انشورنس پروگرام (CHIP) کے لیے اہل نہیں تھا؟

(ہاں کو تبھی منتخب کریں جب کوئی شخص آپ کی ریاست کے ذریعہ اس کوریج کا اہل نہ پایا گیا ہو نہ کہ Marketplace کے)۔ ● ہاں ● نہیں

یا، کیا اس درخواست میں کوئی ایسا شخص بھی تھا جو 1 اکتوبر، 2013 سے Medicaid یا CHIP کے لیے امیگریشن کی حیثیت کی وجہ سے اہل نہیں پایا گیا تھا؟ ● ہاں ● نہیں

کیا اس درخواست میں موجود کسی شخص نے Marketplace کے کھلے اندراجی وقفے کے دوران کوریج کے لیے درخواست دی تھی؟ ● ہاں ● نہیں

3. کیا اس درخواست میں مذکور کسی شخص کو ملازمت سے صحت کے کوریج کی پیشکش ملی ہے؟ ہاں پر نشان لگائیں چاہے کوریج کسی اور کی ملازمت سے ہو، جیسے والدین یا شریک حیات، کوریج کو قبول نہ کرنے کی صورت میں بھی۔

● ہاں۔ جاری رکھیں اور پھر ضمیمہ A کو مکمل کریں۔ کیا یہ ریاست کا ایمپلائی بینیفٹ پلان ہے؟ ● ہاں ● نہیں

4. کیا ابھی کوئی اور صحت کے کوریج میں مندرج ہے؟

● ہاں۔ اگر ہاں، تو سوال 6 پر جاری رکھیں۔ ● نہیں۔ اگر نہیں، تو سوال 5 پر جائیں۔

5. موجودہ صحت کے کوریج کے بارے میں معلومات، (ابھی 2 سے زیادہ لوگوں کے صحت کا کوریج ہونے کی صورت میں اس صفحہ کی ایک کاپی بنائیں)۔ کوریج کی قسم لکھیں، جیسے آجر کا بیمہ، COBRA، میڈیکڈ، CHIP، میڈیکینر، VA، TRICARE، ہیلتھ کیئر پروگرام، پیس کارپس، یا دیگر۔ (اگر آپ کے پاس راست نگہداشت یا لائن آف ڈیوٹی ہے تو ہمیں TRICARE کے بارے میں نہ بتائیں)۔

صحت کے کوریج میں مندرج شخص کا نام

کوریج کی قسم:

● آجر کا بیمہ ● COBRA ● میڈیکڈ ● CHIP ● میڈیکینر ● TRICARE ● VA ہیلتھ کیئر پروگرام ● پیس کارپس ● دیگر

اگر یہ آجر کا بیمہ ہے تو: (آپ کو ضمیمہ A بھی مکمل کرنے کی ضرورت ہوگی)۔

صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام

اگر یہ دوسرے قسم کا کوریج ہے تو: ● اگر یہ Marketplace ہیلتھ کوریج ہے تو یہاں پُر کریں۔

صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام

کیا یہ محدود بینفٹس پلان ہے، جیسے اسکول کے حادثہ کی پالیسی؟ ● ہاں ● نہیں

صحت کے کوریج میں مندرج شخص کا نام

کوریج کی قسم:

● آجر کا بیمہ ● COBRA ● میڈیکڈ ● CHIP ● میڈیکینر ● TRICARE ● VA ہیلتھ کیئر پروگرام ● پیس کارپس ● دیگر

اگر یہ آجر کا بیمہ ہے تو: (آپ کو ضمیمہ A بھی مکمل کرنے کی ضرورت ہوگی)۔

صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام

اگر یہ دوسرے قسم کا کوریج ہے تو: ● اگر یہ Marketplace ہیلتھ کوریج ہے تو یہاں پُر کریں۔

صحت سے متعلق بیمہ کمپنی کا نام

کیا یہ محدود بینفٹس پلان ہے، جیسے اسکول کے حادثہ کی پالیسی؟ ● ہاں ● نہیں



مرحلہ 5: آپ رضامندی اور دستخط

1. کیا آپ اگلے 5 سالوں کے لیے، مارکیٹ پلیس کو آمدنی کے ڈیٹا، بشمول ٹیکس ریٹرن کی معلومات کا استعمال کرنے کی اجازت دینے کے لیے متفق ہیں؟..... ہاں نہیں آئندہ سالوں میں کوریج کی ادائیگی میں مدد کے لیے آپ کی اہلیت کا تعین کرنا آسان بنانے کے واسطے، آپ مارکیٹ پلیس کو تازہ آمدنی کے ڈیٹا، بشمول ٹیکس ریٹرنز کی معلومات استعمال کرنے کی اجازت دینے پر اتفاق کرسکتے ہیں۔ مارکیٹ پلیس ایک نوٹس بھیجے گا اور آپ کو کسی بھی تبدیلی کی اجازت دے گا۔ مارکیٹ پلیس یہ یقینی بنانے کے لیے چیک کرے گا کہ آیا آپ ابھی بھی اہل ہیں، اور وہ یہ ثابت کرنے کے لیے کہہ سکتا ہے کہ آپ کی آمدنی ابھی بھی اہل ہے۔ آپ کسی بھی وقت دستبردار ہوسکتے ہیں۔

اگر نہیں، تو میری معلومات کو خود کا طور درج ذیل سالوں کے لیے اپ ڈیٹ کریں:

4 سال 2 سال صحت کے کوریج کے لیے ادائیگی میں مدد کے واسطے میری اہلیت کی تجدید کے لیے میرے ٹیکس ڈیٹا کا استعمال نہ کریں (اس اختیار کو منتخب کرنے سے کوریج کے لیے ادائیگی میں مدد حاصل کرنے کی آپ کی اہلیت متاثر ہوسکتی ہے۔)

2. کیا اس درخواست میں صحت کے بیمہ کے لیے کوئی ایسا شخص درخواست دے رہا جسے قید بونی ہو (حراست میں لیا گیا یا جیل بونی ہو)؟..... ہاں نہیں اگر ہاں، تو ہمیں شخص کا نام بتائیں۔ سزا یافتہ شخص کا نام ہے:

اگر الزامات کے لیے تصفیہ کا سامنا کر رہا ہے تو یہاں بھریں۔

اگر اس درخواست پر کوئی شخص میڈیکل کے لیے اہل ہے تو:

- میں میڈیکل ایجنسی کو دیگر صحت کے بیمہ، قانونی تصفیے، یا دیگر فریقین ثالث سے حاصل کرنے اور کوئی بھی رقم لینے کے اپنے حقوق دینا/دینی ہوں۔ میں میڈیکل ایجنسی کو شریک حیات یا والدین سے حاصل کرنے اور طبی تعاون لینے کے اپنے حقوق دینا/دینی ہوں۔
- کیا اس درخواست میں کوئی بچہ ایسا ہے جس کے والدین گھر سے باہر رہتے ہیں؟..... ہاں نہیں اگر ہاں، تو مجھے معلوم ہے کہ مجھ سے ایجنسی کے ساتھ تعاون کرنے کے لیے کہا جائے گا جو والدین کی غیرحاضری میں طبی تعاون حاصل کریں گے۔ اگر میرے خیال میں طبی تعاون حاصل کرنے میں مدد کرنا مجھے یا میرے بچے کو نقصان پہنچانے گا، تو میں میڈیکل کو بتا سکتا ہوں اور ہوسکتا ہے کہ میں تعاون نہ کروں۔
- میں اس درخواست پر دروغ حلفی کی سزا کے تحت دستخط کر رہا/رہی ہوں، جس کا مطلب ہے کہ میں نے اپنی بہترین علم کے مطابق سبھی سوالوں کے درست جوابات فراہم کیے ہیں۔ مجھے معلوم ہے کہ اگر میں نے جان بوجھ کر غلط یا جھوٹی معلومات فراہم کی تو میں وفاقی قانون کے تحت جرمانوں کا مستوجب ہوں گا۔
- مجھے معلوم ہے کہ میں نے اس درخواست میں جو کچھ لکھا ہے اس میں کسی بھی تبدیلی کی صورت میں (اگر مختلف ہے تو) میرے لیے ہیلتھ انشورنس مارکیٹ پلیس کو 30 دنوں کے اندر بتانا ضروری ہے۔ کسی بھی تبدیلی کی اطلاع دینے کے لیے میں HealthCare.gov پر جاسکتا/سکتی ہوں یا **1-800-318-2596** پر کال کرسکتا/سکتی ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری معلومات میں تبدیلی سے میری اہلیت ساتھ ہی میرے گھرانے کی فرد(افراد) کی اہلیت پر اثر پڑسکتا ہے۔

• مجھے معلوم ہے کہ وفاقی قانون کے تحت، نسل، رنگ، قومیت، جنس، عمر، جنسی رجحان، جنسی شناخت، یا معذوری کی بنیاد پر امتیاز ممنوع ہے۔ میں www.hhs.gov/ocr/office/file پر جاکر امتیاز کی شکایت درج کراسکتا/سکتی ہوں۔

• مجھے معلوم ہے کہ اس فارم کی معلومات کا استعمال صرف صحت کے کوریج کی اہلیت کا تعین کرنے، کوریج کی ادائیگی میں مدد کرنے (درخواست کیے جانے پر)، اور کوریج کی ادائیگی میں مدد کے لیے مارکیٹ پلیس اور پروگراموں کے قانونی مقاصد کے لیے جانے گا۔

اگر آپ درخواست دینے کا انتخاب کرتے ہیں تو، ہمیں اس معلومات کی ضرورت صحت کے کوریج کی ادائیگی میں مدد کے لیے آپ کی اہلیت کی جانچ کرنے کے واسطے ہوگی۔ ہم معلومات کا استعمال کرتے ہوئے اپنے الیکٹرانک ڈیٹا بیس اور انٹرنل ریونیو سروس (IRS)، سوشل سیکیورٹی، ٹیپارٹمنٹ آف ہوم لینڈ سیکیورٹی، اور / یا صارف رپورٹنگ ایجنسی کے ڈیٹا بیس سے آپ کے جوابات کو چیک کریں گے۔ اگر معلومات میل نہیں کھاتی ہے تو، ہم آپ سے ہمیں ثبوت بھیجنے کے لیے کہہ سکتے ہیں۔

میں کیا کرسکتا ہوں اگر مجھے لگتا ہے کہ میرے اہلیت کے نتائج غلط ہیں؟

- آپ جس چیز کے لیے اہل ہیں اگر اسے سے متفق نہیں ہیں، تو بہت سے معاملات میں، آپ اپیل کر سکتے ہیں۔ براہ کرم اپنے گھرانے کے کوریج کے لیے درخواست دینے والے ہر فرد کے لیے مخصوص اپیل سے متعلق ہدایات، ساتھ ہی اپیل کرنے کے لیے آپ کے پاس کتنے دن ہیں، کا جائزہ لینے کے لیے اپنی اہلیت کے نوٹس کو پڑھیں۔ اپیل کے لیے درخواست دیتے وقت غور کرنے کے لیے اہم معلومات یہ ہیں:
- اگر آپ چاہیں تو آپ دیگر کسی شخص سے اپنے اپیل کی درخواست یا شرکت کرنے کے لیے کہہ سکتے/سکتی ہیں۔ وہ شخص دوست، رشتہ دار، وکیل، یا دیگر فرد ہوسکتے ہیں۔ یا، آپ اپنے اپیل کی خود سے درخواست دے سکتے یا اس میں شرکت کرسکتے/سکتی ہیں۔
- اگر آپ اپیل کی درخواست کرتے ہیں، تو آپ اپنے اپیل کے زیر التواء رہنے تک کوریج کے لیے اپنی اہلیت برقرار رکھنے کے لیے اہل ہوسکتے ہیں۔
- اپیل کے نتیجے سے آپ کے گھرانے کے دوسرے افراد کی اہلیت میں تبدیلی ہوسکتی ہے۔

اپنے مارکیٹ پلیس کی اہلیت کے نتائج کی اپیل کے لیے، HealthCare.gov/marketplace-appeals پر جائیں۔ یا مارکیٹ پلیس کال سینٹر کو **1-800-318-2596** پر کال کریں۔ ٹی ٹی وائی استعمال کنندگان کو **1-855-889-4325** پر کال کرنا چاہیے۔ آپ اپیل کی درخواست کا فارم یا اپنے خط کے ذریعہ اپیل کی درخواست Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 کے پتے پر بھیج سکتے ہیں۔ اگر آپ کو ان چیزوں کے لیے منع کر دیا گیا ہو تو، آپ مارکیٹ پلیس، اندراجی وقفے، ٹیکس کریڈٹس، لاگت کے اشتراک میں تخفیف، میڈیکل، اور CHIP کے ذریعہ صحت کا کوریج خریدنے کے لیے اپیل کرسکتے ہیں۔ اگر آپ ٹیکس کریڈٹس یا لاگت کے اشتراک میں تخفیف کے لیے اہل ہوتے ہیں تو، آپ کی اہلیت کے لیے ہمارے ذریعہ تعین کردہ رقم پر آپ اپیل کرسکتے ہیں۔ اپنے صوبہ کے لحاظ سے، آپ مارکیٹ پلیس کے ذریعہ اپیل کرنے کے لیے ہوسکتے ہیں یا پھر آپ کو اسٹیٹ میڈیکل یا CHIP ایجنسی کے یہاں اپیل کی درخواست کرنی ہوگی۔

فرد 1 کو اس درخواست پر دستخط کرنا چاہیے۔ اگر آپ ایک مجاز نمائندہ ہیں، تو فرد 1 کے ضمیمہ C پر دستخط کرنے پر، آپ یہاں دستخط کرسکتے ہیں۔

دستخط کی تاریخ (م/م/د د/س س/س س) _____

دستخط _____

اگر آپ اس درخواست پر کھلے اندراج والے وقفہ (1 نومبر اور 31 جنوری) سے باہر دستخط کرتے ہیں، تو ضمیمہ D ("زندگی کی تبدیلیوں کے بارے میں سوالات") کا جائزہ لینا یقینی بنائیں۔

مرحلہ 6: مکمل شدہ درخواست بذریعہ ڈاک بھیجیں

اگر آپ ووٹ دینے کے لیے رجسٹر ہونا چاہتے ہیں، تو آپ www.eac.gov پر ووٹر رجسٹریشن فارم مکمل کرسکتے ہیں۔



اپنی دستخط شدہ درخواست اس پتے پر بذریعہ ڈاک بھیجیں:

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



اپنی درخواست کے سلسلے میں مدد کی ضرورت ہے؟ HealthCare.gov ملاحظہ کریں یا ہمیں **1-800-318-2596** پر کال کریں۔ اگر آپ کو انگریزی کے علاوہ زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو، **1-800-318-2596** پر کال کریں اور کسٹمر سروس کے نمائندے کو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں۔ ہم آپ کو بلا معاوضہ مدد فراہم کریں گے۔ ٹی ٹی وائی استعمال کنندگان کو **1-855-889-4325** پر کال کرنا چاہیے۔

اسے مکمل نہ کریں یہ درخواست نہیں ہے

انگریزی کے علاوہ دیگر زبان میں مدد حاصل کرنا

اگر آپ یا جس کسی کی آپ مدد کر رہے ہیں اسے ہیلتھ انشورنس مارکیٹ پلیس کے بارے میں سوالات درپیش ہیں تو آپ کو بلا قیمت اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے **1-800-318-2596** پر کال کریں۔

یہاں دستیاب زبانوں کی فہرست ہے اور یہی پیغام ان زبانوں میں فراہم کیا گیا ہے:

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.

اسے مکمل نہ کریں یہ درخواست نہیں ہے

انگریزی کے علاوہ دیگر زبان میں مدد حاصل کرنا (جاری)

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。





ملازمتوں سے صحت کا کوریج

آپ کو تب تک ان سوالوں کے جواب دینے کی ضرورت نہیں ہے جب تک گھرانے کا کوئی فرد ملازمت سے صحت کے کوریج کا اہل نہیں ہوجاتا، چاہے وہ کوریج کو قبول نہ کرے۔ کوریج کی پیشکش والی ہر ملازمت کے لیے اس صفحہ کی ایک کاپی منسلک کریں۔

ہمیں اس ملازمت کے بارے میں بتائیں جو کوریج کی پیشکش کرتی ہے۔
ان سوالوں کے جواب میں مدد کے لیے اس صفحہ کی ایک کاپی بنائیں اور اسے اس آجر کے پاس لے جائیں جو کوریج کی پیشکش کرتے ہیں۔

ملازم کی معلومات

1. ملازم کا نام (پہلا، درمیانی، آخری)	2. ملازم کا سوشل سیکیورٹی نمبر

آجر کی معلومات

3. آجر / کمپنی کا نام	4. آجر کا شناختی نمبر (EIN)
5. آجر کا فون نمبر	

اب، اس فرد یا ڈیپارٹمنٹ کی معلومات درج کریں جو ملازمین کے بینیفٹس کا نظم کرتا ہو۔ اگر ہمیں مزید معلومات کی ضرورت ہوگی تو ہم اس فرد سے رابطہ کر سکتے ہیں:

6. ایسا فرد یا شعبہ جس سے ہم ملازمین کے صحت کے کوریج کے سلسلے میں رابطہ کر سکتے ہیں	7. آجر کا پتہ (Marketplace اس پتے پر نوٹسز بھیج سکتا ہے)	
8. شہر	9. ریاست	10. زپ کوڈ
11. فون نمبر (اگر مذکور بالا سے مختلف ہو)	12. ای میل پتہ	

13. کیا ملازم فی الحال اس آجر کی جانب سے پیشکش کردہ کوریج کے لیے اہل ہے، یا ملازم اگلے 3 ماہ میں اہل ہوگا؟

ہاں (جاری) نہیں (آجر: نہیں (رکین اور یہ فارم ملازم کو واپس کر دیں))

a. اگر ملازم آج اہل نہیں ہے، بشمول انتظار یا آزمائشی وقفہ کے نتیجے میں تو، ملازم Marketplace کوریج کے لیے اپنی درخواست واپس کریں۔
ملازم کب کوریج کا اہل ہوگا؟ (ماہ/دن/سال)

_____ / _____ / _____

b. کیا آجر ایک ایسا ہیلتھ پلان پیش کرتا ہے جو اس ملازم کے شریک حیات یا منحصر فرد (افراد) کا احاطہ کرتا ہو؟

ہاں اگر ہاں تو، کن لوگوں کا؟ شریک حیات منحصر فرد (افراد) نہیں (سوال 14 پر جائیں۔)

ملازم کے گھرانے کے کسی ایسے دیگر فرد کا نام درج کریں جو اس ملازمت سے کوریج کے لیے اہل ہے۔

نام _____

نام _____

نام _____

اگلے صفحہ پر جاری رکھیں

اسے مکمل نہ کریں یہ درخواست نہیں ہے

ہمیں اس آجر کے ذریعہ پیش کردہ ہیلتھ کوریج کے بارے میں بتائیں۔

14. کیا آجر نے ایسے ہیلتھ پلان کی پیشکش کی ہے جو معیاری کم از کم قدر کی تکمیل کرتا ہو؟*

● ہاں (سوال 15 پر جائیں) ● نہیں (رکبیں اور اس فارم کو ملازم کو واپس کر دیں)۔

15. ملازم کو پیشکش کردہ کم تر لاگت کے پلان کے لیے ملازم کو کتنی ادائیگی کرنی ہوگی جو صرف معیاری کم از کم قدر کی تکمیل کرتا ہے؟* فیملی پلانز کو شامل نہ کریں۔ نوٹ: اگر آجر تندرستی سے متعلق پروگرام کی پیشکش کرتا ہے، تو اس پریمیم کو درج کریں جس کی ادائیگی ملازم کو تمباکو نوشی چھوڑنے کے پروگراموں کے لیے زیادہ سے زیادہ چھوٹ ملنے اور تندرستی سے متعلق پروگراموں کی بنیاد پر کوئی دیگر چھوٹ نہ ملنے کی صورت میں ملازم کرے گا۔

a. ملازم اس پریمیم کی ادائیگی کرے گا: \$

نوٹ: کم تر رقم درج کریں جسے ملازم صحت کے کوریج کے لیے ادا کر سکتا ہے۔

b. ملازم اس رقم کی ادائیگی کرے گا: ● ہفتہ واری ● ہر 2 ہفتہ پر ● مہینہ میں دو بار ● مہینہ میں ایک بار ● سہ ماہی ● سالانہ

(اگلے سوال پر جائیں۔)

16. نئے منصوبہ کے سال کے لیے آجر کون سی تبدیلیاں کرے گا؟

● آجر اس تاریخ تک صحت کے کوریج کی پیشکش نہیں کرے گا (ماہ/دن/سال)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

● کم تر لاگت پلان کے لیے پریمیم کی رقم تبدیل ہوجائے گی جو معیار کے کم از کم قدر کی تکمیل کرے گا اور صرف ملازم کے لیے دستیاب ہوگا۔ (پریمیم صرف تمباکو نوشی چھوڑنے کے پروگراموں کے لیے چھوٹ کو دکھانے گا۔ سوال 15 دیکھیں۔)

a. ملازم اس پریمیم کی ادائیگی کرے گا: \$

b. کتنی کثرت سے؟ ● ہفتہ واری ● ہر 2 ہفتہ پر ● مہینہ میں دو بار ● مہینہ میں ایک بار ● سہ ماہی ● سالانہ

c. تبدیلی کی تاریخ: (ماہ/دن/سال)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

● مجھے معلوم نہیں کہ آجر تبدیلیاں کرے گا؟

● آجر ان میں سے کوئی بھی تبدیلیاں نہیں کرے گا۔

* صحت کا بیمہ ایسی صورت میں کم از کم قدر والے معیار کی تکمیل کرتا ہے اگر یہ معیاری آبادی کے لیے طبی خدمات کی کل لاگت کے کم از کم 60% کی ادائیگی کرتا ہو اور ہسپتال اور ڈاکٹر کی خدمات کا معقول کوریج پیش کرتا ہو۔ ملازمت پر مبنی زیادہ تر پلانز کم از کم قدر والے معیار کی تکمیل کرتے ہیں۔





اس درخواست کو مکمل کرنے میں مدد کرنا

صرف درخواست کے مستند صلاح کاران، نیویگیٹرز، ایجنٹس، اور بروکرز کے لیے۔
اگر آپ کسی اور کے لیے اس درخواست کو مکمل کرنے والے مستند صلاح کار، نیویگیٹر، ایجنٹ، اور بروکر ہیں تو اس سیکشن کو مکمل کریں۔

1. درخواست کے شروع ہونے کی تاریخ (ماہ/دن/سال)

 / /

2. پہلا نام، درمیانی نام، آخری نام، اور لاحقہ

3. تنظیم کا نام

5. صرف ایجنٹس / بروکرز: NPN نمبر

4. ID نمبر (اگر اطلاق ہو)

آپ ایک مستند نمائندہ منتخب کرسکتے ہیں۔

آپ ہمارے ساتھ اس درخواست پر بات کرنے، اپنی معلومات کو دیکھنے، اور اس درخواست سے متعلق معاملات پر آپ کی جانب سے عمل کرنے، بشمول آپ کی درخواست کے بارے میں معلومات حاصل کرنے اور آپ کی جانب سے آپ کی درخواست پر دستخط کرنے کے لیے، کسی قابل اعتماد شخص کو اجازت دے سکتے ہیں۔ ایسے شخص کو ایک "مجاز نمائندہ" کہا جاتا ہے۔ اگر آپ کبھی بھی اپنے مجاز نمائندہ کو تبدیل یا ہٹانا چاہتے ہیں، تو مارکیٹ پلیس سے رابطہ کریں۔ اگر آپ نے اس درخواست کے لیے کسی کو قانونی طور پر اپنا نمائندہ مقرر کیا ہے، تو درخواست کے ساتھ ثبوت جمع کریں۔

1. مجاز نمائندہ کا نام (پہلا نام، درمیانی نام، آخری نام)

2. پتہ

3. ایپارٹمنٹ یا سوئٹ نمبر

4. شہر

6. زپ کوڈ

5. ریاست

7. فون نمبر

 - ()

8. تنظیم کا نام

9. ID نمبر (اگر اطلاق ہو)

دستخط کر کے، آپ اس شخص کو اپنی درخواست پر دستخط کرنے، اس درخواست کے بارے میں باضابطہ معلومات حاصل کرنے، اور مستقبل میں اس درخواست سے متعلق سبھی معاملات میں اپنی جانب سے کام کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔

11. دستخط کی تاریخ (ماہ/دن/سال)

 / /

10. اس درخواست میں مندرجہ فرد 1 کا دستخط



زندگی کی تبدیلیوں کے بارے میں سوالات

(آپ کو اس صفحہ کے ساتھ اس درخواست کے باقی حصوں کو مکمل کرنا چاہئے۔ صرف اسی صفحہ کو جمع نہ کریں۔)

اگر گزشتہ 60 دنوں میں اس درخواست میں شامل کسی فرد کو زندگی کی بعض تبدیلیوں کا سامنا ہوا ہو تو، درج ذیل سوالات کو پُر کریں۔ زندگی کی بعض تبدیلیاں مارکیٹ پلیس کے ذریعہ فوری طور پر آپ کا کوریج شروع کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔ اگر آپ کھلا سالانہ اندراجی وقفہ ختم ہونے کے بعد اور اگلے کھلا سالانہ اندراجی وقفہ سے قبل درخواست دے رہے ہیں تو بھی ہم آپ سے ان سوالوں کے جوابات دینے کی سفارش کرتے ہیں۔

یہ سوالات اختیاری ہیں۔ اگر آپ کے حالات زندگی میں تبدیلی نہیں ہوئی ہے تو، آپ جوابات کو خالی چھوڑ سکتے ہیں۔ آپ سال میں کسی بھی وقت میڈیکل اور چلڈرنز ہیلتھ انشورنس پروگرام (CHIP) میں اندراج کروا سکتے ہیں، خواہ آپ کو زندگی میں تبدیلیوں کا سامنا نہ بھی ہوا ہو۔ وفاقی طور پر شناخت کردہ قبائل کے ممبران اور شیئر ہولڈر الاسکاٹی باشندے سال کے کسی بھی وقت مارکیٹ پلیس کے ذریعہ کوریج میں اندراج کروا سکتے ہیں۔

اپنے گھرانے میں ہوئی تبدیلیوں کے بارے میں ہمیں بتائیں۔

1. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی شخص کا تخصیصی صحت کا کوریج ختم ہوا ہے، یا اگلے 60 دنوں میں تخصیصی صحت کا کوریج ختم ہونے کی توقع ہے؟

ان کے نام	وہ تاریخ جب کوریج ختم ہوئی یا ختم ہوگی (م م / د د / س س س س)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> اگر قسطیں ادا نہ کرنے کے سبب کوریج ختم ہوا ہو تو یہاں نشان لگائیں۔	

2. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی کی شادی ہوئی ہے؟

ان کے نام	تاریخ (م م / د د / س س س س)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی کو قید (حراست یا جیل) سے رہائی ملی ہے؟

ان کے نام	تاریخ (م م / د د / س س س س)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی نے اہل امیگریشن والی حیثیت حاصل کی ہے؟

ان کے نام	تاریخ (م م / د د / س س س س)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی کو گود لیا گیا، گود لینے کے لیے پیش کیا گیا ہے، یا رضاعی نگہداشت کے لیے دیا گیا ہے؟

ان کے نام	تاریخ (م م / د د / س س س س)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کوئی چائلڈ سپورٹ یا دیگر عدالتی حکم کے تحت منحصر بنا ہے؟

ان کے نام	تاریخ (م م / د د / س س س س)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی نے اپنا بنیادی رہائشی مقام تبدیل کیا ہے؟

ان کے نام	منتقلی کی تاریخ (م م / د د / س س س س)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

آپ کے سابقہ پتہ کا زپ کوڈ کیا ہے؟ اگر آپ کسی غیر ملک یا امریکی خطے سے منتقل ہوئے ہوں تو یہاں پُر کریں

a. کیا گزشتہ 60 دنوں میں کسی بھی وقت ان میں سے کسی فرد کو صحت کا تخصیصی کوریج حاصل رہا؟ ہاں نہیں

اگر ہاں تو، ذیل میں ان کا نام درج کریں:

ان کے نام