



हेल्थ कभरेज र खर्चमा सहयोगको लागि निवेदन

Form Approved
OMB No. 0938-1213

HealthCare.gov अनलाईनमा छिटोको लागि निवेदन दिनु होस् ।



कुन कभरेजको लागि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ र आफूले भ्याउने अफोर्डेबल प्राईभेट स्वास्थ्य बिमा योजनाहरू जसले स्वस्थ रहनको लागि बृहतरूपमा मद्दत गर्न सक्छ

- सो थाहा पाउनको लागि यो निवेदन प्रयोग गर्नुस् ।
- एउटा नयाँ ट्याक्स क्रेडिट जसले स्वास्थ्य कभरेजको प्रिमियम रकम तुरुन्त तिर्न मद्दत गर्न सक्छ ।
- मेडिकेड वा चिल्ड्रेन्स हेल्थ इन्सुरेन्स प्रोग्राम(सिएचआईपि)(CHIP) को निशुल्क वा सस्तो कभरेज
- ४ जनाको परिवारमा बर्षमा तपाईंले 97,200 डलर नै कमाउनु भए पनि तपाईं एउटा निशुल्क वा सस्तो प्रोग्रामको लागि पनि योग्य हुन सक्नु हुन्छ ।



यो निवेदन कसले प्रयोग गर्न सक्छ ?

- कुन कभरेजको लागि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ र आफूले भ्याउने अफोर्डेबल प्राईभेट स्वास्थ्य बिमा योजनाहरू जसले स्वस्थ रहनको लागि बृहतरूपमा मद्दत गर्न सक्छ
- तपाईं वा तपाईंको बच्चाको लागि कभरेज भैसकेको भए पनि निवेदन दिनुस्, के थाहा तपाईं निशुल्क वा सस्तो कभरेजको लागि योग्य ठहरिनु हुन्छ कि ।
- सिंगल वा एक्लो हुनुहुन्छ भने, तपाईं छोटो फर्म प्रयोग गर्न सक्नु हुन्छ, HealthCare.gov मा भिजिट गर्नु होस्
- आप्रवासि भएको परिवारहरूले पनि निवेदन दिन सक्छ । यसको कभरेजमा तपाईं पर्न नसके पनि तपाईं आफ्नो बच्चाको लागि निवेदन दिन सक्नु हुन्छ । यो निवेदनले तपाईंको आप्रवासि स्टेटसलाई वा यहाँको स्थाई बासिन्दा बन्ने वा नागरिक बन्ने कुरामा केहि असर गर्दैन ।
- यो निवेदन भर्न तपाईंलाई कसैले सहयोग गरेको भए तपाईंले अपेन्डिक्स सी परीशिष्ट सि पनि भर्नु पर्छ ।



निवेदन दिन तपाईंलाई के के चाहिन्छ ?

- सोसल सिक्योरिटी नंबरहरू (वा कभरेज आवश्यक पर्ने योग्य आप्रवासिको लागि एलिएन नंबरहरू)
- जागिर दिने संस्था र परिवारको सबैको लागि आम्दानिको जानकारी (उदाहरणको लागि, पे स्टब्स, W-2 फर्मस्, वा तलव र ट्याक्स बिबरण)
- हालको स्वास्थ्य बिमाको पलिसि नंबरहरू
- परिवारले पाएको जागिर सम्बन्धित कुनै स्वास्थ्य बिमा बारे जानकारी



हामी किन यो बिबरण चाहन्छौं ?

हामी तपाईंको आम्दानि बारे र अन्य बिबरण बारे सोध्छौं ताकि हामी तपाईंलाई तपाईं कुन कभरेजको लागि योग्य हुनु हुन्छ र यसको रकम तिर्न तपाईंलाई कुनै सहयोग पु-याउन सक्छौं कि भन्ने कुरा भन्न सकौं । **कानूनतः हामी तपाईंले दिनु भएको सबै बिबरण गोप्य र सुरक्षित राख्छौं ।** प्राइभेसी एक्ट स्टेटमेन्ट हेर्नको लागि HealthCare.gov मा भिजिट गर्नुस् वा निर्देशनहरू हेर्नु होस् ।



यसपछि के हुन्छ ?

पूरा भरिएको र सही गरिएको निवेदन पेज ७ मा दिइएको ठेगानामा पठाउनु होस् । **हामीले खोजेको सबै जानकारी तपाईंसंग छैन भने पनि तपाईंको निवेदनमा सही गर्नुस् र पठाई दिनुस् ।** हामी १-२ हप्ता भित्र यसको फलो अप वा यस बारे हेर्छौं र **यदि हामीलाई थप जानकारी चाहिएमा मार्केटप्लेस बाट तपाईंलाई फोन आउन सक्छ ।** तपाईंको निवेदनको काम अगाडि बढे पछि तपाईं एलिजिबल वा योग्य भएको निश्चितिको पत्र हुलाक मार्फत आउने छ । यदि हामीबाट कुनै जवाफ आएन भने मार्केटप्लेस कल सेन्टरमा सम्पर्क राख्न होस् । यो निवेदन भर्नुको मतलव तपाईंले हेल्थ कभरेज किन्यु पर्छ भन्ने हैन ।



यो निवेदनबाट सहयोग पाउनु होस् ।

- अनलाईन **Online: HealthCare.gov.**
- **फोन:** यो नंबरमा मार्केटप्लेस कल सेन्टरमा फोन गर्नुस् १-८००-३१८-२५९६. टिटिवाई (TTY) प्रयोगकर्ताले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।
- **भेटर:** तपाईंको इलाकामा सुझाव दिने काउन्सेलरस् हुन सक्दछन् । HealthCare.gov, मा भिजिट गर्नुस् वा मार्केटप्लेस कल सेन्टरमा थप जानकारीको लागि फोन गर्नुस् १-८००-३१८-२५९६
- **अरु भाषाहरू:** अंग्रेजी भाषा बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूले चाहेको भाषा भन्नुस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क सहयोग गर्ने छौं ।

तपाईंलाई वैकल्पिक ढाँचामा यो उत्पादन सम्बन्धित जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ । यदि तपाईंलाई आफू बरिद्ध भेदभाव भएको महसुस हुन्छ भने, तपाईंलाई उजुरी दर्ता गर्ने पनि अधिकार छ । भ्रमण गर्नुहोस् www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, अथवा, बजारको टेलिफोन केन्द्रको न. १-८००-३१८-२५९६ मा थप जानकारीको लागि फोन गर्नुहोस् । टि.टी.वाई प्रयोगकर्ताले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्दछ ।



कृपया कालो वा कडा निलो मसि मात्र प्रयोग गरी क्यापिटल अक्षरमा लेख्न होस् ।
यस्तो सर्कल वा गोलोलाइ यसरी भर्नु होस् (○) यसरी भर्ने → ●

प्रथम चरण : तपाईं आफ्नो बारे हामीलाई भन्नुस् ।

(हामीलाई तपाईंको निवेदन बारे कुरा गर्न घरको एकजना वयस्क व्यक्तिको नाम चाहिन्छ ।)

1. पहिलो नाम	बिचको नाम	थर	सफिक्स
<input type="text"/>			
2. घरको ठेगाना (ठेगाना छैन भने खाली छोड्नुस्)			3. अपार्टमेन्ट वा सुइट नंबर
<input type="text"/>			<input type="text"/>
4. सिटि	5. स्टेट	6. जिप कोड	7. काउण्टि, टोल वा गांउ , वा टाउनशिप
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. पत्राचार ठेगाना (घरको ठेगाना भन्दा फरक भए)			9. अपार्टमेन्ट वा सुइट नंबर
<input type="text"/>			<input type="text"/>
10. सिटि	11. स्टेट	12. जिप कोड	13. काउण्टि, टोल वा गांउ , वा टाउनशिप
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. दिउँसो को फोन नंबर (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		15. साँझको फोन नंबर (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	
16. यो निवेदन बारेको जानकारी के तपाईं ई-मेल बाट चाहनु हुन्छ ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
ई-मेल ठेगाना: <input type="text"/>			
17. कुन भाषामा बोल्न चाहनु हुन्छ ? कुन भाषामा लेख्न चाहनु हुन्छ ?			
<input type="text"/>			

स्टेप २: तपाईंको परिवार बारे हामीलाई भन्नुस् ।

यो निवेदनमा तपाईं कसकसलाई समावेश गर्न आवश्यक ठान्नु हुन्छ ?

घर परिवारमा भएका सबै जनाको स्टेप २ को पेजहरु भर्नु होस् । कुनै व्यक्तिको हेल्थ कभरेज भैसकेको भए पनि । यो दरखास्तमा भएको जानकारीले प्रत्येक ब्यक्तिले राम्रो कभरेज पाओस् भन्ने कुरामा हामीलाई मद्दत पु-याउँछ । तपाईंले कतिको मद्दत पाउने र कुन प्रकारको प्रोग्राम पाउने भन्ने कुरा तपाईंको परिवारमा कतिजना मानिस छन् र उनिहरुको आम्दानि कति छ भन्ने कुरामा निर्भर गर्दछ । यदि तपाईंले हेल्थ कभरेज पाइसकेको कसैको नाम समावेश गर्नु भएन भने, यसले तपाईंको आफ्नै योग्यतामा यसले असर पर्न सक्छ ।

वयस्क व्यक्तिहरु जसलाई कभरेजको आवश्यकता हुन्छ :

उनिहरुले आफ्नो हेल्थ कभरेजको लागि निवेदन नदिएको भए पनि यि व्यक्तिहरु समावेश गर्नुस्:

- श्रीमान/श्रीमति
- आफू संगै बस्ने कुनै पनि २१ बर्ष ननाघेका छोरा, छोरी, झड्केलो छोरा, छोरी समेत
- अन्य कुनै व्यक्ति जो एउटै फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्नमा निर्भर छ, बाबु आमा को ट्याक्स रिटर्न मा आश्रित अन्य २१ बर्ष नाघि सकेका केटा केटी समेत। हेल्थ कभरेज पाउनको लागि तपाईंले ट्याक्स फाइल गर्न जरुरी छैन ।

कभरेज आवश्यक भएका २१ बर्ष ननाघेका केटा केतिको लागि:

उनिहरुले आफैले आफ्नो हेल्थ कभरेजको लागि निवेदन दिएको नभएतापनि यि व्यक्तिहरुलाई समावेश गर्नुस्:

- संगै बस्ने आमा बुबा (सौतेनि आमा बुबा)
- संगै बस्ने नावालिगहरु
- संगै बस्ने छोरा छोरी, झड्केलो छोरा छोरी समेत
- एउटै फेडरल इन्कम ट्याक्समा आश्रित कुनै अन्य व्यक्ति, हेल्थ कभरेज पाउनको लागि तपाईंले ट्याक्स फाइल गर्नु आवश्यक छैन ।

परिवारमा भएका प्रत्येक व्यक्तिको स्टेप २ भर्नु होस् ।

पहिले आफै बाट सुरु गर्नुस्, त्यस पछि अन्य वयस्क र बच्चाहरु थप्नुस् । यदि परिवारमा २ जना भन्दा बढि मानिस हुनु हुन्छ भने, यि पेजहरुलाई फोटो कपि गरी समावेश गर्नु पर्ने हुन्छ ।

हेल्थ कभरेज आवश्यक नपर्ने परिवारका सदस्यहरुको आप्रवासि स्टेटस र सोसल सिक्योरिटी नंबर (एसएसएन) दिनु आवश्यक छैन । कानुनतः तपाईंले दिनु भएको सबै जानकारी हामी गोप्य र सुरक्षित तवरले राख्ने छौं । यस्तो व्यक्तिगत जानकारी हामी केवल हेल्थ कभरेजको लागि तपाईं योग्य हुनु हुन्छ कि भन्ने कुरा जाँचको लागि मात्र प्रयोग गर्ने छौं ।

? निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरुले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।



स्टेप २: व्यक्ति १ (आफैं बाट शुरु गर्नुस्)

स्टेप २ आफैं सिध्याउनु होस्, तपाईंको श्रीमान/श्रीमति/पार्टनर र आफू संग बस्ने केटा केटीहरु र/वा जोकोहि जो फेडरल इनकम ट्याक्स रिटर्न मा संगै बर्ने व्यक्ति, यदि तपाईंले यसको लागि फाइल गर्नु हुन्छ भने । कसलाई समावेश गर्ने बारे थप जानकारीको लागि पेज १ हेर्नु होस् । ट्याक्स रिटर्न फाइल नगर्नु भए पनि आफू संगै बस्ने परिवारको सदस्यहरुको नाम नछुटाउनु होस् ।

1. पहिलो नाम	बिचको नाम	थर	सफिक्स

2. व्यक्ति १ संगको नाता ? आफैं	3. बिबाहित हुनु हुन्छ ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन	4. जन्म मिति(महिना/दिन/साल) / /	5. लिंग <input type="radio"/> पुरुष <input type="radio"/> महिला
-----------------------------------	--	------------------------------------	--

6. सोसल सिक्योरिटी नंबर (एसएसएन) - -

★ **हामीलाई सामाजिक सुरक्षा नम्बर (एस. एस. एन) चाहिँछ यदि तपाईं स्वास्थ्य बिमा चाहनुहुन्छ भने एउटा एस. एस. एन राख्नु अथवा एउटा लिन सक्नु हुन्छ ।** तपाईंको आमदानी र अरु बिबरणको जानकारी लिँदै कुन मान्छे स्वस्थ उपचार सहयोगार्थ खर्च प्राप्त गर्न योग्य छ भनि जाँच गर्न हामी एस. एस. एन. हरु प्रयोग गर्छौं । यदि तपाईंलाई एस. एस. एन. प्राप्त गर्न सहयोग चाहिँछ भने socialsecurity.gov मा भ्रमण गर्नुहोस् अथवा सामाजिक सुरक्षाको न. १- ८००-७७२-१२१३ मा फोन गर्नुहोस् । टि. टि. वाई. प्रयोगकर्ताले १-८००-३२५-०७७८ मा फोन गर्नु पर्दछ ।

7. तपाईं अर्को सालमा फेडरल इनकम ट्याक्स रिटर्न फाइल गर्ने योजनामा हुनु हुन्छ? फेडरल इनकम ट्याक्स रिटर्न फाइल नगरे पनि तपाईं कभरेजको लागि निवेदन दिन सक्नु हुन्छ ।
 हुन्छ । यदि 'हुन्छ' भन्नु भयो भने कृपया ए देखि सि सम्मको प्रश्नको जवाफ दिनु होस् । हुँदैन । यदि हुँदैन भन्नु भयो भने, प्रश्न सि मा जानु होस् ।

a. तपाईं आफ्नो श्रीमान/श्रीमति/संग संयुक्तरूपमा ट्याक्स फाइल गर्नु हुन्छ ? हो होइन
यदि हो भने, श्रीमान/श्रीमतिको नाम लेख्नु होस्: _____

b. तपाईंको ट्याक्स रिटर्न मा तपाईं आफूले लालन-पालन गर्नु पर्ने आश्रितहरुको नाम समावेश गर्न चाहानु हुन्छ ? हो होइन
यदि हो भने, आश्रितहरुको नाम लेख्नु होस् । _____

c. कसैको ट्याक्स रिटर्नमा तपाईंको नाम आश्रितको रूपमा आउँछ ? हो होइन
यदि हो भने, कृपया त्यस ट्याक्स फाइल गर्ने व्यक्तिको नाम लेख्नु होस् । _____
उनासंग तपाईंको नाता के हो ? _____

8. तपाईं गर्भवति हुनुहुन्छ ? हो होइन a. हो भने यो गर्भमा कतिजना बच्चाको आशा गर्नु भएको छ ? _____

9. तपाईंलाई हेल्थ कभरेजको आवश्यकता छ ? तपाईंको कभरेज भए पनि त्यो भन्दा कम खर्च मा राम्रो कभरेज पनि हुन सक्छ ।
 हो. यदि हो भने, तलका सबै प्रश्नको उत्तर दिनुहोस् । होइन । यदि होइन भने, पेज ३ मा दिइएको आमदानी बारेको प्रश्नहरु मा जानु होस् । यो पेजको बाँके भाग खाली छोड्नु होस् ।

10. तपाईंको कुनै शारिरिक, मानसिक, वा संवेगात्मक स्वास्थ्य समस्या छ, जसले गर्दा तपाईंको कृयाकलापमा समस्या हुन्छ (जस्तो नुहाउन, लुगा लगाउन, दैनिक काम काज गर्न आदि) वा तपाईं कुनै उपचार केन्द्र वा नर्सिङ होममा बस्नु हुन्छ ? हो होइन

11. तपाईं अमेरिकी नागरिक हुनुहुन्छ वा अमेरिकी बासिन्दा(नेशनल) हुनुहुन्छ ? हो होइन

12. तपाईं बंशानुगत नागरिक वा अन्य तरिका बाट नागरिकता पाउनु भएको हो ? (यसको मतलव तपाईं अमेरिका बाहिर जन्मनु भएको हो ।)
 हो । यदि हो भने, ए र बि भर्नु होस् । होइन । यदि होइन भने, प्रश्न १३ जारी राख्नु ।

a. बिदेशि दर्ता नंबर: _____ b. प्रमाणपत्र नंबर: _____
ए र बि सकिए पछि प्रश्न १४ मा जानु होस् ।

13. यदि तपाईं अमेरिकी नागरिक होइन वा अमेरिकाको बासिन्दा (नेशनल) हैन भने, तपाईं संग कानुनि आप्रवासि स्ट्याटस् छ ? छ. कागजको किसिम र आइ डि नंबर लेख्नु । निर्देशनहरु हेर्नु होला ।

आप्रवासि कागजको प्रकार	स्ट्याटस् को किसिम (वैकल्पिक)	आप्रवासि कागजमा भएजस्तै तपाईंको नाम लेख्नु होस् ।

बिदेशि दर्ता वा आइ- ९४ नंबर	कार्ड नंबर वा पासपोर्ट नंबर

एसइभिआइएस आइ डि (SEVIS ID) वा म्याद सकिने मिति(वैकल्पिक)	अन्य(बर्गिकरण कोड वा प्रदान गर्ने देश)

a. के तपाईं सन १९९६ देखि अमेरिकामा बस्दै आउनु भएको हो ? हो होइन

b. के तपाईं, वा तपाईंको श्रीमान/श्रीमति, भेटेरान वा अमेरिकी सेनाको एक्टिभ ड्युटी आर्मी मेम्बर हो ? हो होइन

14. के तपाईं गत ३ महिना देखिको औषधिको बिल तिर्न मद्दत चाहनु हुन्छ ? हो होइन

15. तपाईंसंग कमसेकम एक जना १९ वर्ष भन्दा कम उमेरको बच्चा संगै बस्दछन ? र के तपाईं यो बच्चाको हेरचाह, पालन-पोषण गर्ने मुख्य व्यक्ति हो ? (यदि तपाईं वा तपाईंको श्रीमान/श्रीमतिले यो बच्चाको लालन-पालन गर्नु हुन्छ भने 'हो' भनि चिन्ह लगाउनुोस्।) हो होइन

16. तपाईंको घर परिवारमा तपाईं संग १९ वर्ष भन्दा कम उमेरको बच्चा छ भने तिनिहरुको नाम र तपाईं संगको नाता लेख्नु होस् ।:

17. के तपाईं फुल-टाइम बिद्यार्थि हुनु हुन्छ ? हो होइन

18. के तपाईं १८ वर्ष वा त्यो भन्दा बढि उमेरमा कसैको संरक्षण (फोस्टर) मा हुनु हुन्छ ? हो होइन

वैकल्पिक: (आफूलाई मिल्ने मात्र भनि)
19. जाति: गोरा कालो वा अफ्रिकन अमेरिकन अमेरिकन इण्डियन वा अलास्का बासिन्दा फिलिपिनो जापानि कोरियन
 एशियन इण्डियन चाइनिज भियतनामी अन्य एशियन हवाईन बासिन्दा ग्वामानियन वा चाएमोरो साएमोयन
 अन्य पाएसिफिक आइल्याण्डर अन्य _____

❓ **निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिँछ ?** HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरुले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।



स्टेप २: व्यक्ति १ (आफैबाट शुरु गर्नु होस्।)

हालको काम र तलव बारे जानकारी

जागिरे: अहिले काम गर्दै हुनु हुन्छ भने हामीलाई तपाईंको आम्दानी बारेमा भन्नुस् । प्रश्न २१ बाट थाल्नुस् ।

जागिर छैन: प्रश्न ३१ मा जानु होस् ।

आफ्नै काम गर्छु: प्रश्न ३० मा जानु होस् ।

अहिलेको जागिर १:

21. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना

b. सिटि

c. स्टेट

d. जिप कोड

22. जागिर दिनेको फोन नंबर

23. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि)

 घण्टाको कति साप्ताहिक प्रत्येक २ हप्ता महिनाको २ पटक मासिक बार्षिक

24. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

हालको काम २: (यदि तपाईंको थप काम छ भने र बढि ठाउँ चाहिन्छ भने अर्को पेज संगै राख्नुस् ।)

25. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना

b. सिटि

c. स्टेट

d. जिप कोड

26. जागिर दिनेको फोन नंबर

27. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि)

 घण्टाको कति साप्ताहिक प्रत्येक २ हप्ता महिनाको २ पटक मासिक बार्षिक

28. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

29. गत बर्ष, के तपाईंले : काम परिवर्तन गर्नु भयो ? काम छाड्नु भयो ? कम घण्टा मात्र काम गर्न थाल्नु भयो ? कुनै पनि होईन ?

30. यदि आफ्नै काम हो भने ए र बि को जवाफ दिनु होस् ।

a. कामको प्रकार:

b. यो महिनाको खास आम्दानी कति? (खर्च सबै घटाएर) निर्देशनहरू हेर्नु होस् ।

31. यो महिनामा हुने अन्य आम्दानी: आफूलाई मिल्ने सबै कुरा भर्नु होस् र रकम उल्लेख गर्नुस्, कहिले कहिले पाउनु हुन्छ । कुनै पनि होइन भने यो भर्नु होस् ।

टिप्पणी: तपाईंले बच्चाको लागि सहयोग, भेटेरान तर्फको आम्दानी वा सप्लिमेन्टल सिक्योरिटी आम्दानी (एसएसआइ) बारे बताउन जरुरि छैन ।

<input type="radio"/> बेरोजगार	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> माना खर्च(आलिमोनि) रकम	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> पेन्सन	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> कृषि/माछा पालन बाटको कुल आम्दानी	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> सोसल सिक्योरिटी	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> बहाल/रोयल्टि बाटको कुल आम्दानी	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> रिटायरमेन्टको आम्दानी	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> अन्य आम्दानी किसिम:	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>

32. छुटहर (डिडिक्शनस): आफूलाई मिल्ने सबै भर्नु होस्, र रकम लेख्नु होस् र तपाईं कति पटक तर्नु हुन्छ । फेडरल इन्कम ट्याक्स रटिर्न मा घटाउन सकिने तपाईंले कुनै कुराको लागि पैसा तर्नु हुन्छ भने हामीलाई त्यस बारे भन्दा खेर हिलेथ कभरेजको रकम केही घट्न सक्छ । टिप्पणी: तपाईंले बच्चाको लागि तर्नु भएको रकम वा माथि लेखा सकिएको आफ्नै काम बाटको आम्दानी बारे यहाँ उल्लेख गर्नु पर्दैन (परश्न ३० बाँ) ।

<input type="radio"/> माना खर्च भरेको	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> अन्य घटाउन सकिने रकमहरू प्रकार:	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> विद्यार्थि ऋणको ब्याज	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>			

33. यो बर्षमा तपाईंको आम्दानीमा फरक आउँछ भने यि प्रश्नको उत्तर दिनु होस्, जस्तो कि बर्षको कुनै समय मात्र काम गर्नु हुन्छ भने वा कुनै महिनाको लागि मात्र बिनिफिट सुबिधा पाउनु हुन्छ भने, तर यदि तपाईंको मासिक आम्दानीमा कुनै खालको परिवर्तन आउने देख्न हुन्न भने अर्को व्यक्तिमा जानु होस् ।

यो बर्ष तपाईंको आम्दानी

अर्को बर्षको तपाईंको कुल आम्दानी (यदि तपाईंलाई यसमा फरक आउन सक्छ जस्तो लाग्छ भने)

न्यावाद ! हामीले तपाईंको बारे जान्न खोजेको कुरा बस् यति हो ।

निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नहरूले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।

स्टेप २: दोश्रो व्यक्ति

पुरा नगर्नुहोस् । यो आवेदन होइन ।

टिप्पणी: यदि यो मानिसलाई हेल्थ कभरेज चाहिए भने यो पेज मा भएको १- १० प्रश्नहरूको जवाफ दिनुस् । यदि तपाईंको घरमा २ जना भन्दा बढि मानिस बस्छन भने ४-५ पेजहरूको फोटोकपि गर्नुस् ।



तपाईंसंग बस्ने तपाईंको श्रीमान/श्रीमति/पार्टनर र बच्चाहरु र/वा तपाईंले फाइल गर्नु भएको खण्डमा एउटै फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्नमा निर्भर जो कोहिको लागि यो पेज भर्नु होस् । तर यदि तपाईंले ट्याक्स रिटर्न फाइल गर्नु भएन भने पनि तपाईंको पारिवारमा बस्नेको नाम भर्नुहोस् । कसको नाम समावेश गर्ने भन्ने कुराको थप जानकारीको लागि पेज १ मा हेर्नु होस् ।

1. पहिलो नाम	बिचको नाम	पछिल्लो नाम	सफिक्स
[Blank space for names]			
2. व्यक्ति १ संगको नाता ? निर्देशन हेर्नु होस्।	3. के यो व्यक्ति २ बिबाहित हुनु हुन्छ ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन	4. जन्ममिति (महिना/दिन/साल)	5. लिंग <input type="radio"/> पुरुष <input type="radio"/> महिला
6. सोसल सिक्योरिटी नंबर (एसएसएन)		★ यदि व्यक्ति २ को लागि हेल्थ कभरेज चाहनु हुन्छ र उनि संग एसएसएन छ भने मात्र हामीलाई यो चाहिन्छ ।	
7. के व्यक्ति २ पनि व्यक्ति १ कै ठेगानामा बस्छन् ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन यदि होइन भने, ठेगाना लेख्नु होस्: [Blank space]			
8. के व्यक्ति २ को अर्को सालमा फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्न गर्ने योजना छ ? (व्यक्ति २ ले फेडरल इन्कम ट्याक्स रिटर्न फाइल नगरे पनि तपाईं कभरेजको लागि निवेदन दिन सक्नु हुन्छ ।) <input type="radio"/> हो. यदि हो भने, कृपया ए - सि प्रश्नहरूको जवाफ दिनुस्। <input type="radio"/> होइन । यदि होइन भने, प्रश्न सि मा जानु होस्			
a. के व्यक्ती २ ले आफ्नो श्रीमान/श्रीमतीसंग संयुक्त रुपमा फाइल गर्छन्? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन यदि हो भने, श्रीमान/श्रीमतीको नाम लेख्नु होस्: [Blank space]			
b. बि के व्यक्ती २ ले आफ्नो ट्याक्स रिटर्नमा कुनै आश्रतिको नाम भरलान ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन यदि हो भने, आश्रति(हरु) को नाम लेख्नु होस्: [Blank space]			
c. के व्यक्ती २ को नाम कुनै व्यक्तिले आश्रतिको रुपमा उल्लेख गरलान ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन यदि हो भने, कृपया त्यस ट्याक्स फाइल गर्नेको नाम लेख्नु होस्: [Blank space] व्यक्ती २ को ट्याक्स फाइल गर्नेको संगको नाता के हो ? [Blank space]			
9. के व्यक्ति २ गर्भवति छन् ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन a. यदि हो भने, यो पटकको गर्भमा कतिजना बच्चाको आशा गर्नु हुन्छ ? [Blank space]			
10. के व्यक्ति २ लाइ कभरेजको आवश्यकता छ ? (व्यक्ति २ को कभरेज भए पनि कम पैसामा अझ राम्रो कभरेज भएको प्रोग्राम भेटाइन्छ कि?) <input type="radio"/> छ । यदि हो भने, निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुस्: <input type="radio"/> चाहिँदैन । यदि चाहिँदैन भने, पेज ५ मा आम्दानि बरेको प्रश्नहरूमा जानु होस् । यो पेजको बाँकि भाग खालि राख्न होस् ।			
11. व्यक्ति २ को कुनै शारिरिक, मानसिक, वा संवेगनात्मक स्वास्थ्यको समस्या छ, जसले गर्दा नुहाउने, लुगा लगाउने, दैनिक काम काज गर्ने जस्ता काममा गाह्रो भएको होस् वा स्वास्थ्य उपचार केन्द्र वा नर्सिङ होम मा बस्नु परेको होस् ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
12. के व्यक्ति २ अमेरिकी नागरिक वा अमेरिकी बासिन्दा हुन् ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
13. के व्यक्ति २ बंशानुगत वा डिस्ट्रिक्ट नागरिक हुन्? (डिस्ट्रिक्ट नागरिकको अर्थ खासगरी अमेरिका बाहिर जन्मेको भन्ने हुन्छ।) <input type="radio"/> हो । यदि हो भने, ए र बि भर्नुहोस् । <input type="radio"/> होइन. यदि होइन भने, प्रश्न १४ मा लगातार जानु होस्।			
a. बिदेशि दर्ता नंबर (एलिन नंबर)		b. प्रमाणपत्र नंबर	
[Blank space]		[Blank space]	
[Blank space] ए र बि भरिसके पछि सोझै प्रश्न १५ मा जानु होस् ।			
14. व्यक्ति २ यदि अमेरिकी नागरिक हैन वा अमेरिकी वासिन्दा हैन भने, उनि संग कानुनि आप्रवासी स्ट्याटस छ ? <input type="radio"/> छ. डकुमेन्ट वा कागजको प्रकार र आइडि नंबर । निर्देशनहरु हेर्नु होस् । आप्रवास कागजको प्रकार: [Blank space] स्ट्याटस को किसिम(स्वेच्छिक): [Blank space] व्यक्ति २ को नाम जसरी आप्रवास कागज वा डकुमेन्ट लेखिएको छ । [Blank space]			
बिदेशि दर्ता वा आइ- ९४ नंबर		कार्ड नंबर वा राहदानी (पासपोर्ट) नंबर	
[Blank space]		[Blank space]	
एसइभिआइएस आइडि वा म्याद सकिने मिति (स्वेच्छिक)		अन्य (बर्गिकृत कोड वा प्रदान गर्ने देश)	
[Blank space]		[Blank space]	
a. के व्यक्ति २ अमेरिकामा १९९६ देखि बस्दै आएको छन् ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
b. के व्यक्ति २, वा उनको श्रीमान/श्रीमति, आमा बाबु, भेटेरान वा अमेरिकन मिलिटरीको भर्ती सदस्य हुन् ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
15. के व्यक्ति २ बिगत ३ महिना देखिको औषधिको पैसा तिर्नमा सहयोग चाहन्छन् ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
16. के व्यक्ति २ कमसेकम एकजना १९ वर्ष भन्दा कम उमेरको बच्चासंग बस्छन् र उनि यो बच्चाको हेरचाह गर्ने मुख्य व्यक्ति हुन् ? (यदि व्यक्ति २ वा उनको श्रीमान/श्रीमति यो बच्चाको हेरचाह गर्छन भने 'हो' मा चिन्ह लगाउनु होस् .) <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			
17. व्यक्ति २ को परिवारमा बस्ने १९ वर्ष मुनिको बाल बच्चाको नाम र तिनिहरु संगको नाता लेख्नु । (उनिहरु पेज २ मा लेखिएका बच्चाहरु नै हुन सक्छन् ।) [Blank space]			
18. व्यक्ति २ स्वयं उनि १८ वर्ष वा माथिको उमेरमा कसैको संरक्षकत्व(फोस्टर करर) मा बसेका थिए ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन व्यक्ति २, २२ वर्ष या त्यो भन्दा कम उमेरको छ भने, कृपया निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनु होस्:			
19. के व्यक्ती २ को जागिर बाट बमि थपियो र गएको ३ महिना भितरमा यसबाट छुटेको थपियो ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन a. यदि हो भने, छुटेको मति: [Blank space] / [Blank space] / [Blank space] b. बमि छुटेको कारण: [Blank space]			
20. के व्यक्ती २ पूर्णकालीन (फुल- टाइम) वदियार्थि हो ? <input type="radio"/> हो <input type="radio"/> होइन			

वैकल्पिक: (आफूलाई मिले मात्र भनी) 21. जाति: गोरा कालो वा अफ्रिकन अमेरिकन अमेरिकन इण्डियन वा अलास्का बासिन्दा फिलिपिनो जापानि कोरियन एशियन इण्डियन चाइनिज भियतनामी अन्य एशियन हवाईयन बासिन्दा ग्वामानियन वा चाएमोरो साएमोयन अन्य पाएसिफिक आइल्याण्डर अन्य _____

निवेदन गर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नहरुले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।



स्टेप २: व्यक्ति २

व्यक्ति २ ले पाउने आम्दानि बारे हामीलाई भन्नुस्
व्यक्ति २ लाई हेल्थ कभरेजको आवश्यक नभए पनि यो पेज भर्नु होस् ।

हालको काम र आम्दानि बारे जानकारी

- जागिर: यदि व्यक्ति २ को अहिले काम छ भने, हामीलाई उनको आम्दानि बारे बताउनु होस् । प्रश्न २३ बाट शुरु गर्नुस् ।
- जागिर छैन: प्रश्न ३३ मा जानु होस् ।
- आफ्नै काम: प्रश्न ३२ मा जानु होस् ।

हालको काम १:

23. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना

b. सिटि

c. स्टेट

d. जिप कोड

24. जागिर दिनेको फोन नंबर

25. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि)

\$ घण्टाको कति साप्ताहिक प्रत्येक २ हप्ता महिनाको २ पटक मासिक बार्षिक

26. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

हालको काम २: (यदि व्यक्ति २ को अरु पनि काम छ भने अर्को कागजको पेज थपु होस्।)

27. जागिर दिनेको नाम

a. जागिर दिनेको ठेगाना

b. सिटि

c. स्टेट

d. जिप कोड

28. जागिर दिनेको फोन नंबर

29. तलव/टिप्स (ट्याक्स काटिनु अघि)

\$ घण्टाको कति साप्ताहिक प्रत्येक २ हप्ता महिनाको २ पटक मासिक बार्षिक

30. हप्तामा सालाखाला कति घन्टा काम गर्नु हुन्छ ?

31. गतबर्ष व्यक्ति २ ले: काम परिवर्तन ग-यो? काम छाड्यो? केहि घण्टा मात्र काम ग-यो थाल्यो? कुनै पनि होइन

32. के व्यक्ति २ आफ्नै काम गर्छन्, निम्न प्रश्नको उत्तर दिनु होस्:

a. कामको प्रकार:

b. अरु खर्च घटाएर खुद आम्दानी कति, व्यक्ति २ यो महिना पनि आफ्नो कामबाट यति नै कमाउँछन्? निर्देशन हेर्नु होस् ।

\$ 33. व्यक्ति २ को यो महिनाको अन्य आम्दानि: मिल्ने सबै कुरा भर्नु होस् र रकम तोक्नुस्, यो रकम कहिले कहिले पाउँछन्। केहि छैन भने यहाँ भर्नु होस् ।

नोट: व्यक्ति २ को बच्चाको सपोर्ट बाट आएको रकम, भेटेरानको आम्दानि, वा सप्लिमेन्टल सिक्योरिटी (एसएसआइ) बाट आएको आम्दानि बारे हामीलाई बताउनु जरुरी छैन

<input type="radio"/> बेरोजगार	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> माना खर्च(अलिमोनि) रकम	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> पेन्सन	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> कृषि/माछा पालन बाटको कुल आम्दानि	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> सोसल सिक्योरिटी	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> बहाल/रोयल्टि बाटको कुल आम्दानि	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> रिटायरमेन्टको आम्दानी	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> अन्य आम्दानि किसिम: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>

34. **डिडिक्शन वा घटाउ:** मिल्ने कुरा सबै भर्नु होस्, रकमको उल्लेख गर्नुस् र भन्नुस् व्यक्ती २ ले यसरी कततिको पाउने गरछ । यदि व्यक्ती २ ले फेडरल इनकम ट्याक्स रिटर्न मा घटाउनु सक्ने गरफ क्ने कुरामा खर्च गरेको छ भने त्यस बारे हामीलाई भन्नु होस्, यसो गर्दा हेल्थ कभरेजको खर्च अर्ला घटन सक्छ । **नोट:** व्यक्ती २ ले बच्चाको सहायताको लागी तर्निने रकम वा माथि आफ्नै कामको खुद आम्दानि उततरमा उल्लेख गरसिकेको रकम यहाँ उल्लेख नगरने । (परश्न ३२ बाँ).

<input type="radio"/> माना खर्च भरेको	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> अन्य घटाउनु सकिने रकमहरू	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> विद्यार्थि ऋणको ब्याज	\$ <input type="text"/>	कहिले कहिले ? <input type="text"/>	प्रकार: <input type="text"/>		

35. व्यक्ति २ को आम्दानी यो बर्षमा परिवर्तन हुन्छ भने मात्र यो भर्नु होस्, जस्तो कि व्यक्ति २ बर्षमा केहि महिना मात्र काम गर्छ भने वा केहि महिनाको मात्र बिनिफिट (फाइदा) पाउँछन् भने, यदि व्यक्ति २ को मासिक आम्दानीमा कुनै परिवर्तन नहुने जस्तो लागेमा अर्को व्यक्तिमा जानु होस् । ➔

व्यक्ति २ को यो सालको खुद आम्दानी

\$

व्यक्ति २ को अर्को सालको खुद आम्दानी

\$

धन्यवाद ! हामीले व्यक्ति २ को बारेमा जात्र चाहेको कुरा यति हो ।

? निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरूले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।



स्टेप ३: अमेरिकन इण्डियन वा अलास्काको बासिन्दा (एआइ/एएन) परिवारको सदस्य(हरु)

1. तपाईं वा परिवारको अन्य कुनै सदस्य अमेरिकन इण्डियन वा अलास्काको बासिन्दा छन् ?

- छैन. यदि छैन भने, स्टेप ४ नै सुचारु राख्न होस् । छन् । यदि छन् भने, स्टेप ४ नै सुचारु राख्न होस् र एपेण्डिक्स बि पुरा गर्नु होस् र निवेदनमा संलग्न राख्न होस् ।

स्टेप ४: तपाईंको परिवारको हेल्थ कभरेज

1. बिमाकिस्ता कर छुट प्राप्त गरेको हरेक बर्ष तपाईंको परिवारले आयकर दाखिला गरी प्राप्त गरेको भए सो बिमाकिस्ता कर छुट को हिसाब-मिलान गर्नुभयो ?

- हो, बिमाकिस्ता कर छुट को हिसाब-मिलान गरियो । यदि निम्न उल्लेखित सबै कुराहरु तपाईंमा लागू हुन्छ भने गोलो लगाईएको ठाउँमा चिन्ह लगाउनुहोस् ।
- गएको एक वा एक भन्दा बढी बर्षहरुमा तपाईंले विमाबजारबाट बिमा खरिदकालागि लाग्ने तपाईंको लागत कम गराउन बिमाकिस्ता कर छुटको अग्रिम भुक्तानी (जसलाई अंग्रेजीमा छोटकरीमा "APTC" भनिन्छ) को उपयोग गर्नुभयो ।
 - तपाईंको परिवारको कर दाखिला गर्ने व्यक्तिले त्रिलेक बर्षहरुमा संघीय आयकर दाखिला गर्नुभयो ।
 - कर दर्ताकारले आइ. आर. यस. फारम ८९६२ पठाउनुभयो ([healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/](https://www.irs.gov/help/reconciling-your-tax-credit/)) कर फिर्ता संगै ।

2. गएको ९० दिनमा यस निवेदनमा उल्लेखित कोहि व्यक्ति मेडिकेड (निःशुल्क स्वास्थ्यविमा - Medicaid) वा बलबालिकाको स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम (CHIP) पाउनका लागि अयोग्य ठहरिएको थियो ? (स्वास्थ्यविमाबजार बाट नभई तपाईं बसेको राज्यले परिवारमा कसैलाई यस किसिमको बिमा पाउन अयोग्य ठहर गरेको भए मात्र 'हो' मा चिन्ह लगाउनुहोस्).....

को ? हो होइन

अथवा, यस निवेदनमा उल्लेखित कोहि व्यक्ति अक्टोबर १, २०१३ पछाडी उसको अध्यागमन हैसियतको कारणले मेडिकेड (Medicaid) वा बलबालिकाको स्वास्थ्य विमा कार्यक्रम (CHIP) पाउनका लागि अयोग्य ठहरिएको थियो ?.....

को ? हो होइन

यो आवेदनमा कसैले बजारको खुला भर्ना अवधिमा बिमाका लागि निवेदन दियो?.....

को ? हो होइन

3. यो निवेदनमा समावेश गरिएको कुनै व्यक्तिलाई काम बाट हेल्थ कभरेज दिएको छ ? जो कसैको जागिर बाट कभरेज पाएको भए पनि 'छ' भनि चिन्ह लगाउनु होस्, जस्तो कि आमा बाबु वा श्रीमान/श्रीमति, उनिहरुले कभरेज स्विकार नगरेको भए पनि ।

- छ' भने । सुचारु राख्नु होस् र एपेण्डिक्स ए पूरा गर्नु होस् । के यो स्टेको जागिरदारको बिनिफिट योजना हो ? हो होइन ।

4. अहिले कुनै व्यक्ति हेल्थ कभरेजमा समाहित(इन्रोल्ड) भएको छ ?

- छ. यदि छ भने, प्रश्न 6 सुचारु राख्नुहोस् । छैन । यदि छैन भने, स्टेप 5 मा जानुहोस् ।

5. हालको हेल्थ कभरेज बारे जानकारी (यदि २ जना भन्दा बढि व्यक्तिको अहिले हेल्थ कभरेज छ भने यो पेजको फोटो कपि गर्नुस् ।)

कभरेजको किसिम बारे लेख्नुहोस्, जस्तो जागिरको बिमा, कोब्रा (सिओबिआरए), मेडिकेड, चिप (सिएचआइपि), मेडिक्यर, ट्राइक्यर, भिए हेल्थ क्यर प्रोग्राम, पिस कोर, वा अन्य । (यदि तपाईंको डाइरेक्ट क्यर वा लाइन अफ ड्युटि छ भने हामीलाई ट्राइक्यर बारेमा नभन्नु होला ।)

हेल्थ कभरेजमा नाम लेखिएको (इन्रोल्ड) व्यक्तिको नाम के हो ?

कभरेजको किसिम:

- जागिर बाट पाएको बिमा COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE भिए हेल्थ क्यर प्रोग्राम Peace Corps अन्य

जागिर बाट पाएको बिमा हो भने: (तपाईंले एपेनडिक्स ए पनि भर्नु पर्छ ।)

स्वास्थ्य बिमा कम्पनिको नाम

पलिसि/आईडि नंबर

यदि यो अन्य किसिमको कभरेज हो भने: भर्नुस, यदि यो बजार स्वास्थ्य बिमा हो भने ।

स्वास्थ्य बिमा कम्पनिको नाम

पलिसि/आईडि नंबर

के यो सिमित वा लिमिटेड बिनिफिट प्लान हो, स्कूल दुर्घटना पलिसि जस्तो ?..... हो होइन

हेल्थ कभरेजमा नाम लेखिएको (इन्रोल्ड) व्यक्तिको नाम के हो ?

कभरेजको किसिम:

- जागिर बाट पाएको बिमा COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE भिए हेल्थ क्यर प्रोग्राम Peace Corps अन्य

जागिर बाट पाएको बिमा हो भने: (तपाईंले एपेनडिक्स ए पनि भर्नु पर्छ ।)

स्वास्थ्य बिमा कम्पनिको नाम

पलिसि/आईडि नंबर

यदि यो अन्य किसिमको कभरेज हो भने: भर्नुस, यदि यो बजार स्वास्थ्य बिमा हो भने ।

स्वास्थ्य बिमा कम्पनिको नाम

पलिसि/आईडि नंबर

के यो सिमित वा लिमिटेड बिनिफिट प्लान हो, स्कूल दुर्घटना पलिसि जस्तो ?..... हो होइन

? निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नहरुले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।



स्टेप ५: तपाईंको मन्जुरी र हस्ताक्षर

1. के तपाईं आउँदो ५ वर्ष सम्म मार्केटप्लेसलाई आम्दानि डाटा, ट्याक्स रिटर्नस बारेको जानकारी समेत को प्रयोग गर्ने

इजाजत दिनु हुन्छ ? हो होइन

आउँदो वर्षहरूमा तपाईंको योग्यताको निश्चय गरी कभरेजको पैसा तिर्न मद्दत हुने हेतुले तपाईंले मार्केटप्लेसलाई तपाईंको ताजा आम्दानि, ट्याक्स रिटर्नको जानकारी सहित, प्रयोग गर्न स्वीकार गर्न सक्नु हुन्छ । मार्केटप्लेसले तपाईंलाई कुनै पनि कुरा परिवर्तन भएको बारे सूचना दिने छ । मार्केटप्लेसले तपाईं अझै यसको लागि योग्य (एलिजिबल) छ कि छैन भनि हेर्ने छ र तपाईंको आम्दानि अझै उस्तै छ भनि प्रमाणित गर्न भन्न सक्ने छ । तपाईं कुनै पनि समय यसबाट बाहिरिन चाहेमा सक्नु हुनेछ ।

यदि होइन भने, अर्को पटकको लागि मेरो जानकारी स्वतः ताजा (अपडेट) गरिदिनु:

- 4 वर्ष 2 वर्ष हेल्थ कभरेजमा तिर्न सहयोगको लागि मेरो योग्यता नविकरण गर्न मेरो ट्याक्स डाटाको प्रयोग नगर्नु होला (यो रोजाईले तपाईंको नविकरणमा कभरेजको लागि रकम तिर्ने कुराको सहयोगमा असर पर्न सक्छ)
- 3 वर्ष 1 वर्ष

2. स्वास्थ्य बिमाको लागि यो निवेदन दिने मध्ये कुनै व्यक्ति थुनामा वा जेल परेको छ ? हो होइन

यदि छ भने, त्यस व्यक्तिको नाम भन्नु होस् । थुनामा परेको व्यक्तिको नाम हो:

यदि यो व्यक्ति कुनै अपराध वा कसुरमा मुछिएको भए यहाँ लेख्नुहोस् ।

यदि यो निवेदनमा भएको कुनै व्यक्ति मेडिकेडको लागि योग्य भए:

- मेडिकेड एजेन्सिलाई अन्य स्वास्थ्य बिमा बाट कुनै पैसा खोज्न र वा तेश्रो पक्षसंग कानुनि निर्णय लिन, हाम्रो अधिकार दिएका छौं । मेडिकेड एजेन्सिलाई मेरो श्रीमति/श्रीमति वा आमा बुबाबाट मेडिकल सहयोग लिन मेरो अधिकार प्रदान गरेको छु ।
- यो निवेदनमा भएको कुनै बालकको आमा बुबा घर बाहिर बसेका छन् ? हो होइन
- यदि हो भने, मलाई थाहा छ कि अनुपस्थित आमा बाबु बाट मेडिकल सपोर्ट लिने एजेन्सिले म संग सहयोग माग्ने छ । तर मैले यदि यसरी मेडिकल सपोर्ट गर्दा मलाई र मेरो बाल बच्चाहरूलाई नोक्सान गर्छ भन्ने लाग्यो भने मेडिकेडलाई म यो कुरा भन्न सक्ने छु र मैले यस कुरामा सहयोग गर्नु पर्ने छैन ।
- म यो निवेदनमा यो सबै कानुन अनुसार सबै कुरा सही हो भनी हस्ताक्षर गर्दै छु जसको अर्थ मैले जाने बुझे सम्म मैले यो कागजमा सबै सही उत्तर दिएको छु, मेरो उत्तर झुठा ठहरे वा मैले जानि बुझिकन झुठा कुरा लेखेको भए म फेडरल कानुन अनुसार सजायको भागि हुने छु ।
- मलाई थाहा छ कि मैले हेल्थ इन्सुरेन्स(स्वास्थ्य बिमा) मार्केटप्लेसलाई मैले यहाँ लेखेको मेरो बिबरणमा भन्दा कुनै परिवर्तन भएमा ३० दिन भित्र सो बारेमा भन्नु पर्ने छ । म HealthCare.gov मा भिजिट गर्न सक्छु वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोनगरी यस्ता परिवर्तन बारे रिपोर्ट गर्न सक्ने छु । मलाई राम्ररी थाहा छ कि मेरो बिबरणमा आएको कुनै परिवर्तनले मेरो एवं मेरो घर परिवारको योग्यतामा असर पर्न सक्ने छ ।
- मलाई थाहा छ कि फेडरल कानुन अनुसार जात, रूप रंग, जन्मेको देश, लिङ्ग, उमेर, सेक्स स्वभाव, जेन्डर आइडेन्टिटी, वा अपांगता को कारण कुनै किसिमको पक्षपात गरिने छैन । म पक्षपात भएको बारे www.hhs.gov/ocr/office/file मा भिजिट गरेर उजुरी गर्न सक्छु ।
- मलाई राम्ररी थाहा छ कि यो फर्म मा दिइएको जानकारी हेल्थ कभरेजमा मेरो योग्यताको जाँच गर्न र मेरो कभरेज (मैले अनुरोध गरेको खण्डमा) को पैसा तिर्नको लागि मार्केटप्लेसको कानुनि प्रयोग, र मेरो कभरेजमा पैसा तिर्न सहायक हुने कार्यक्रम (प्रोग्राम) मा मात्र प्रयोग गरिने छ ।

हामीलाई यो जानकारी तपाईंले निवेदन दिने निर्णय गर्नु भएको खण्डमा हेल्थ कभरेजमा पैसा तिर्न काममा सहयोगको लागि तपाईंको योग्यता जाँचको लागि चाहिएको हो । हामी तपाईंका उत्तर तपाईंको बिबरण (डाटा) हाम्रो इलेक्ट्रोनिक डाटाबेस र इन्टर्नल रेभिज्यु सर्भिस (आइआरएस) को डाटाबेस,सोसल सिक्योरिटी, होम ल्यान्ड सिक्योरिटी बिभाग र/वा कन्जुमर (ग्राहक) रिपोर्टिङ एजेन्सि मा चेक गर्न छौं र यदि बिबरण मिलेन भने हामी तपाईंलाई प्रमाण पेश गर्न भन्न सक्ने छौं ।

मलाई मेरो निर्णय (इलिजिबिलिटी) को नतिजा गलत लागे मैले के गर्नु पर्छ ?

तपाईंलाई यो अफर चित्त बुझेन भने, अक्सरगरी तपाईं मुद्दा मा जान्छु भन्न सक्नु हुन्छ । तपाईं आफ्नो योग्यताको सुचना दो-याएर हेर्नु र घर परिवारको कभरेजको लागि निवेदन दिने प्रत्येक सदस्यको लागि भिन्ना-भिन्ने खाले अपिलको लागि निर्देशन दिइएको हुन्छ । यसमा अपिलमा जान कति दिन बाँकि छ भन्ने कुरा समेत दिइएको हुन्छ । अपिलको लागि अनुरोध गर्दा निम्न महत्वपूर्ण कुराको जानकारी लिनु राम्रो :

- तपाईं चाहनु हुन्छ भने तपाईं आफ्नो अपिलको लागि कसैको सहयोग लिन सक्नुहुन्छ । त्यो व्यक्ति तपाईंको साथि, नातेदार, वकिल, वा अन्य कुनै व्यक्ति । वा आफ्नो अपिल तपाईं आफै लेख्न सक्नु हुन्छ ।
- अपिलको लागि अनुरोध गर्नु भयो भने तपाईंको अपिल चलिरहँदा तपाईंको कभरेज लागि योग्यता यथावत रहि रहने हुन्छ ।
- अपिलको नतिजाले तपाईंको घर परिवारका अन्य सदस्यको योग्यतामा पनि परिवर्तन ल्याउने हुन्छ ।

मार्केटप्लेस इलिजिबिलिटी (योग्यता) को नतिजा को अपिलको लागि तपाईं HealthCare.gov/marketplace-appeals/ मा भिजिट गर्नुहोस् वा मार्केटप्लेस कल सेन्टरमा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुहोस् । टिटिवाई (TTY) को प्रयोगकर्ताले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नुपर्छ । अपिल रिक्वेस्ट फर्मको लागि वा तपाईं आफ्नै पत्रको लागि तलको ठेगानामा अपिलको लागि रिक्वेस्ट मेल गर्न सक्नुहुन्छ: **Health Insurance Marketplace**, Dept. Of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. मार्केटप्लेस बाट हेल्थ इन्सुरेन्स खरिद, आवेदन अवधि, ट्याक्स छुट, खर्चको छुट, मेडिकेड र सीएचआइपी आदि जस्ता विषयमा अस्विकृत भइ आएको अवस्थामा पनि तपाईंले आफुले पाउन सक्ने वा पर्ने भन्ने योग्यता भएको दावीका लागि पुनरावेदन अपिल गर्न पाउनु हुन्छ । यदि ट्याक्स छुट वा आम्दानीबाट खर्च कटाउने संबन्धमा तपाईं सुबिधा पाउन लायक ठहरेनु भो भने त्यो ठहरेको रकम पाउनका लागि तपाईंले अपिल गर्न सक्नु हुन्छ । कुन राज्यमा बस्ने हो त्यसका लागि मार्केटप्लेस कै मार्फत तपाईंले अपिल गर्न पाउनु हुन्छ अनि तपाईंले राज्यको मेडिकेड वा सिएचआइपी को संस्थाको लागि पनि तपाईंले अपिलको लागि निवेदन गर्न गर्न अनुरोध गर्न सक्नु हुन्छ ।

नंबर एक को ब्यक्तीले यो निवेदनमा सही गर्ने पर्छ । यदि तपाईं आधिकारिक वारेस प्रतिनिधि हो भने तपाईंले यहाँ सही गर्नु पर्छ जवकि परीशिष्ट सी मा मुख्य वा पहिलो नंबरको ब्यक्तिले सही गर्छन भने ।

सही सही गरेको मिति (महिना/माते/साल)

खुला आवेदन अवधि (नोभेम्बर १५ देखि फेब्रुवरी १५ भित्र यदि तपाईंले यो निवेदनमा सही गर्नु भएको हो भने परीशिष्ट डी Appendix D (जीवनमा आएका फेर-बदल संबन्धी प्रश्नहरू) राम्रो संग दोहोर्थाएर हेर्न नभुल्नु होला ।

स्टेप ६: निवेदन राम्रोसंग पुरै भरे पछि हुलाक मार्फत पठाइ दिनु होला ।

तपाईंले सही गरेको यस निवेदन यो ठेगाना लेखी हुलाक मार्फत पठाउनु होला ।

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

यदि तपाईंले मतदाता नामावलीमा नाम दर्ता गर्न चाहानु हुन्छ भने मतदाता दर्ता फारम यो वेब-साइट www.eac.gov मा गइ भर्नुहोला ।

? निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफुलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नहरूले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।

अंग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग लिनका लागि

यदि तपाईं, अथवा तपाइले सहयोग गरिरहनु भएको अरु कोहि संग स्वास्थ्य बिमाको बजारको बारेमा प्रश्नहरु छन् भने, तपाइलाई आफ्नो भाषामा निशुल्क सहयोग र जानकारी लिने अधिकार छ। दोभाषे संग कुरा गर्नको लागि १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुहोस्।

यहाँ, उपलब्ध भाषाहरु र ती भाषामाथि दुरुस्त प्रदान गरिएको सन्देशको एक सूची छ:

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.

पुरा नगरनुहोस् । यो आवेदन होइन ।

अंग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग लिनका लागि (निरन्तर)

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。



परिशिष्ट A

काम गर्ने ठाँउबाट स्वास्थ्य बीमा ब्यहोर्ने कुरा

यदि तपाईंको घरका सदस्य वहाँ/उन को कामबाट हेल्थ कभरेज पाउन लायक भएमा मात्रै, अन्यथा यि प्रश्नहरूको जवाफ तपाईंले दिनु पर्दैन, उनिहरूले हेल्थ कभरेज नदिने भएमा पनि समेत, । जती पनि कामको अफिसबाट हेल्थ कभरेज दिने ब्यवस्था छ, हरेकको लागि यो पेजको फोटोकपी संलग्न गर्नु होला ।

हेल्थ कभरेज सुबिधा दिने कामको बारेमा भन्नुहोस ।

यो पेजको फोटोकपी गरी जुन कामको अफिसले हेल्थ कभरेज उपलब्ध गराउंछ, उक्त काम दिने रोजगारदाता कहाँ लागि सोधिएका प्रश्नहरूको जवाफ भर्न मद्दत माग्नु होस ।

रोजगारदाताको जानकारी

1. काम गर्ने ब्यक्तिको (पुरा नाम थर)	2. काम गर्ने ब्यक्तिको सोसल सेक्युरिटी नंबर (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

काम दिने को विवरण

3. रोजगारदाता/ कम्पनीको नाम	<input type="text"/>	
4. काम दिने को इम्प्लोइमेन्ट आइडेन्टिफिकेसन नंबर (EIN)	5. काम दिनेको फोन नंबर	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

अब, कर्मचारी लाभ प्रबन्धन गर्ने व्यक्ति वा विभागको जानकारी प्रविष्ट गर्नुहोस। यदि हामीलाई थप जानकारी चाहिएमा हामी यो व्यक्तिलाई सम्पर्क गर्न सकौं।

6. हामीले कर्मचारीको स्वास्थ्य बिमाको बारेमा सम्पर्क गर्न सक्ने व्यक्ति वा विभाग	<input type="text"/>	
7. रोजगारदाताको ठेगाना (बजारले यो ठेगानामा सुचनाहरू पठाउन सक्छ)	<input type="text"/>	
8. सीटी	9. स्टेट	10. जीप कोड
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. फोन नंबर (यदि माथि लेखेको भन्दा फरक भएमा मात्रै)	12. इमेल ठेगाना	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. काम दिने द्वारा उपलब्ध गराइने हेल्थ कभरेज सुबिधा पाउन काम गर्ने व्यक्ति हाल योग्य ठहरिन्छ ? वा काम गर्ने व्यक्ति आउने तीन महिना भित्रमा त्यो सुबिधा पाउन लायक हुने छन ?

- यदि हो भने (जारी) राख्न होस । छैन (रोजगारदाता: रोक्नुहोस र यो फारम कर्मचारीलाई फिर्ता गर्नुहोस।
कर्मचारी: बजार बिमाको लागि तपाइको आवेदन मा फिर्ता जानुहोस।)

a. यदि कर्मचारी पर्खने परिणाम वा परिविक्षाधीन समय स्वरूप आज योग्य छैन भने, कहिले बिमा को लागि योग्य हुनेछ? (महिना /दिन / वर्ष)

b. के रोजगारदाताले एक यस्तो स्वास्थ्य योजना प्रस्ताव गरेको छ जसले कर्मचारीको पति /पत्नी वा उसमा निर्भर (हरु) लाई बीमा गर्दछ?

- हो। यदि हो भने, कसलाई? पति/ पत्नी निर्भर (हरु) होइन (प्रश्न १४ मा जानुहोस)

कर्मचारीको परिवारका कुनैपनि मान्छेका नामहरू सुचिकृत गर्नुहोस जो उहाँको जागिरबाट बिमाको लागि योग्य छन्।

नाम

नाम

नाम

अर्को पृष्ठमा निरन्तर गर्नुहोस्

पुरा नगरनुहोस् । यो आवेदन होइन ।

यो रोजगारदाताले दिने सब भन्दा सस्तो मूल्यको हेल्थ इन्सुरेन्स प्लानका बारेमा बताउनु होस ।

14. के रोजगारदाताले उपलब्ध गराउने हेल्थ इन्सुरेन्स प्लानले अत्यावश्यक* न्यूनतम सेवा उपचार प्राप्त गर्न सक्छ ?

हो (प्रश्न १५ मा जानुस) होइन (रोकनुस र यो फारम कामदारलाई फिर्ता गर्नुहोस्)

15. १५. प्रस्तावित न्यूनतम शुल्कको योजनाको लागि कर्मचारीले कति तिर्नु पर्ला **कामदार को लागि मात्र** जसले न्यूनतम मूल्य मानकलाई पूरा गर्छ*? पारिवारिक योजनालाई संलग्न नगर्नुस्। **विवरण:** यदि रोजगारदाताले कर्मचारी कल्याण कार्यक्रम प्रदान गर्दछ भने, कर्मचारीले कुनै पनि सुर्ती समाप्ति कार्यक्रम को लागि अधिकतम छुट पायो र कल्याण कार्यक्रम मा आधारित कुनै पनि अन्य छुट प्राप्त भएन भने कल्याण कार्यक्रमको आधारमा कर्मचारीले कति प्रिमियम तिर्ने भनेर प्रविष्ट गर्नुहोस्

a. कामदारले यो प्रिमियम भुक्तानी गर्नेछ। \$

विवरण: कामदारले भुक्तानी गर्न सक्ने न्यूनतम स्वास्थ्य बिमाकृत राशी प्रविष्ट गर्नुहोस्।

b. कामदारले यो शुल्क भुक्तानी गर्नेछ : हप्तैपिच्छे हरेक दुइ हप्तामा महिनामा दुइ पटक महिनामा एक पटक तीन महिनामा एकचोटी वार्षिक

(अर्को प्रश्नमा जानुहोस् ।)

16. नयाँ योजना वर्षको लागि रोजगारदाताले के परिवर्तनहरु गर्नेछ?

रोजगारदाताले यो मिति देखि स्वास्थ्य बिमा प्रदान गर्ने छैन : (महिना /दिन/वर्ष)

/ /

यो प्रिमियम मूल्य सबै भन्दा कम-लागत योजनाको लागि परिवर्तन हुनेछ जसले न्यूनतम मूल्य मानकलाई पूरा गर्छ * र केवल कर्मचारीलाई मात्र उपलब्ध हुन्छ। (प्रिमियमले सुर्ती समाप्ति कार्यक्रमको लागि दिएको छुटलाई मात्र प्रतिविम्बित गर्नुपर्छ। प्रश्न १५ हेर्नुहोस्)

a. कामदारले यो प्रिमियम भुक्तानी गर्नेछ। \$

b. कहिले कहिले ? हप्तैपिच्छे हरेक दुइ हप्तामा महिनामा दुइ पटक महिनामा एक पटक तीन महिनामा एकचोटी वार्षिक

c. हेरफेर भएको मिति (महिना/ गते/ साल)

/ /

मलाई थाहा छैन यदि रोजगारदाताले परिवर्तन गर्नेछ।

रोजगारदाताले कुनै यस्तो परिवर्तन गर्ने छैन।

* एउटा स्वास्थ्य योजनाले न्यूनतम मूल्य मानक तब पूरा गर्छ जब यसले चिकित्सा सेवाको कुल लागतको कम्तिमा ६०% भुक्तानी गर्छ जहाँ एक मान्य जनसंख्याका लागि अस्पताल र डाक्टर सेवाहरूको पर्याप्त सुबिधा प्रदान गरिन्छ। सबैभन्दा धेरै, काममा आधारित योजनाहरूले न्यूनतम मूल्य मानक पूरा गर्छन।

? निवेदन भर्न कसैको सहयोग चाहिन्छ ? HealthCare.gov मा हेर्नुहोस् वा १-८००-३१८-२५९६ मा फोन गर्नुस् । अंग्रेजी बाहेक अन्य कुनै भाषाको सहयोग चाहिएमा १-८००-३१८-२५९६ फोन गर्नुस् र ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिने भाषाको कुरा गर्नु होस् । हामी तपाईंलाई निशुल्क मद्दत गर्छौं । टिटिवाई (TTY) प्रयोग गर्नेहरूले १-८५५-८८९-४३२५ मा फोन गर्नु पर्छ ।





परिशिष्ट C

यो निवेदन भर्नको लागि मद्दत

निवेदन भर्न अनुमती प्राप्त वकिल, परामर्श-दाता, संचालक, प्रतिनिधि र दलालका लागि मात्र

यदि तपाईं कसैको निवेदन भर्न अनुमती प्राप्त वकिल, परामर्शदाता, संचालक, प्रतिनिधि र दलाल हो भने यो खण्डमा भनेको कुरा पुरा गर्नु होला ।

1. निवेदन सुरु मिति (महिना/गते/साल)	
[] / [] / []	
2. पुरा नाम, थर र कुनै जोडिएको शब्द भएमा	
[]	
3. संस्थाको नाम	
[]	
4. परिचयपत्र नंबर (यदि छ भने)	5. प्रतिनिधि / दलालका लागि मात्र : एनपिएन नंबर
[]	[]

तपाईंले अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि छनौट गर्न सक्नु हुन्छ ।

तपाईंले आफ्नो विश्वासिलो मानिसलाई यस निवेदनका संबन्धमा तपाईंको तर्फबाट हामी संग कुराकानी गर्न, तपाईंका विवरणहरु हेर्न र यस निवेदनका संदर्भमा तपाईंले गर्नु पर्ने कार्यहरु तपाईंका तर्फबाट कार्य गर्ने, तपाईंको निवेदनको बारेमा जानकारी लिने, तपाईंको तर्फबाट निवेदनमा सही गरी दिने, जस्ता कार्यहरु गर्ने यस्ता ब्यक्तिलाई "अक्तियार प्राप्त प्रतिनिधि" भनिन्छ । यदि कुनै बखत अक्तियार प्राप्त प्रतिनिधि फेरु पर्नु वा हटाउनु पर्ने भने "मार्केटप्लेस" मा संपर्क गर्नु पर्ने हुन्छ । यस निवेदनका सन्दर्भमा यदि तपाईं कसैको आधिकारिक वारेस, कानूनत नियुक्त प्रतिनिधि हो भने त्यस्को प्रमाण समेत यस निवेदनमा संलग्न गर्नु होला ।

1. आधिकारिक प्रतिनिधिको नाम (पुरा नाम थर)		
[]		
2. ठेगाना	3. अपार्टमेन्ट वा सुइट नंबर	
[]	[]	
4. सिटी	5. स्टेट वा राज्य	6. जिप कोड
[]	[]	[]
7. फोन नंबर ([]) [] - []		
8. फोन नंबर []		
9. परिचयपत्र नंबर (यदि छ भने)		
[]		

यसमा हस्ताक्षर गरेर, तपाईंले यस ब्यक्तिलाई तपाईंको निवेदनमा तपाईंको तर्फबाट सही गर्न, यस निवेदन बारेमा आधिकारिक सूचना प्राप्त गर्न र यस निवेदनका विषयमा भविष्यमा आइपर्ने विषयहरुमा तपाईंको तर्फबाट कार्य गर्न मन्जुरी दिइएको मानिने छ ।

10. यस निवेदनमा माथि PERSON 1 नंबर एक भनिएको ब्यक्तिको सही ।	11. सही गरेको मिति (महिना/गते/साल)
[]	[] / [] / []





परिशिष्ट D

जिन्दगीमा आउने परिवर्तन संबन्धका प्रश्नहरू

(तपाईंले यो निवेदन पूर्ण रूपले भर्दा यो पृष्ठ अनिवार्य रूपले साथै भर्नु पर्ने हुन्छ । यो पृष्ठ मात्रै छुट्टै नबुझाउनु होला ।)

यदि गएको ६० दिन भित्रमा यस निवेदनमा नाम परेका मान्छे कसैको जिवनमा कुनै किसिमको उल्लेखनीय फेरबदल आएको छ भने तलका प्रश्नहरूको जवाफ दिनु होला । त्यस्तो हेराफेरी अनुरूप मार्केटप्लेस अन्तर्गत तुरन्तै कार्यान्वयनमा जान सक्दछ । हामी तपाईंलाई यी प्रश्नहरूको जवाफ दिन पनि सुझाव दिन्छौं, यदि तपाईं वार्षिक भाग लिने अवधिको खुल्ला समयको समाप्ति पछि र अर्को वार्षिक भाग लिने खुल्ला अवधिको सुरुवात लागू हुनुभन्दा अघि आवेदन दिंदै हुनुहुन्छ भने ।

यि प्रश्नहरू स्वेच्छिक हुन । यदि तपाईंको जिवनमा खासै बदलाव आएको छैन भने तपाईंले जवाफको कोठा खाली छोडे पनि हुन्छ । यदि तपाईंको जिवनमा कुनै बदलाव आएको छैन भने पनि तपाईंले मेडिकेड र चिल्ड्रेन्स हेल्थ इन्सुरेन्स प्रोग्राम (CHIP)मा वर्षको जुन सुकै अवधिमा पनि नाम दर्ता गर्न सक्नु हुन्छ । केन्द्रीय सरकारबाट मान्यता प्राप्त जनजाति र अलस्का नेटिभ हिस्सेदारले पनि मार्केटप्लेस मार्फत वर्षको जुनसुकै समयमा पनि कभरेजका लागि दर्ता गर्न सक्नु हुनेछ ।

तपाईंको घर-परिवारमा आएको फेर-बदल संबन्धमा भन्नुहोस ।

1. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले आफ्नो योग्य स्वास्थ्य बिमा गुमाएको छ, अथवा आउने ६० दिन भित्रमा योग्य स्वास्थ्य बिमा गुमाउने सम्भावना छ?

नामहर	कभरेज अन्त्य भएको वा अन्त्य हुने मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> समय मै तिर्नु पर्ने रकम नतिरेर हेल्थ कभरेज टुडिएको छ भने यहाँ चिनो लगाउनु होस ।	

2. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले विवाह गरेको छ?

नामहर	मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले बंदिकरण (जेल अथवा थुना) बाट छुटकारा पाएको छ?

नामहर	मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले योग्य आप्रवासी दर्जा प्राप्त गर्नु भएको छ?

नामहर	मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कोहि कसैबाट गोद लीइएको, गोद लिनको लागि राखिएको, अथवा पालन पोषणको लागि राखिएको थियो?

नामहर	मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा बच्चाको समर्थन अथवा अरु कुनै अदालतको आदेशको कारण कोहि आश्रित हुनुभएको छ?

नामहर	मिति (महिना/गते/साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. पछिल्लो ६० दिन भित्रमा कसैले आफ्नो प्राथमिक बस्ने ठाउँ परिवर्तन गरेको छ?

नामहर	घर सरेको मिति (महिना/ गते/ साल)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

तपाइको पुरानो ठेगानाको जिप कोड कुन हो? यहाँ भर्नुस, यदि तपाईं विदेश अथवा यु. एस. को शासित क्षेत्र बाट सर्नु भएको भएa. पछिल्लो ६० दिन भित्र कुनै पनि समयमा यी कुनै मान्छेहरु संग योग्य स्वास्थ्य बिमा थियो ? हो होइन
यदि थियो भने, उनीहरुको नाम (हरु) निम्न रूपमा प्रबिस्ट गर्नुहोस्:

नाम हरु