



Αίτηση για Κάλυψη Υγείας & Βοήθεια στην Πληρωμή Εξόδων

➡ Κάντε αίτηση πιο γρήγορα online στο [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)



Χρησιμοποιήστε αυτή την αίτηση για να μάθετε ποια κάλυψη δικαιούστε

- Προγράμματα της αγοράς που προσφέρουν ολοκληρωμένη κάλυψη για να σας βοηθήσουν να παραμείνετε καλά.
- Μια έκπτωση φόρου που μπορεί να σας βοηθήσει άμεσα να μειώσετε τα ασφάλιστρα για την κάλυψη υγείας.
- Δωρεάν ή χαμηλού κόστους κάλυψη μέσω του Medicaid ή του Προγράμματος Ασφάλισης Υγείας Παιδιών (CHIP). **Ορισμένα επίπεδα εισοδήματος μπορεί να πληρούν τις προϋποθέσεις για δωρεάν ή χαμηλού κόστους προγράμματα.**



Ποιος μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτή την εφαρμογή;

- Χρησιμοποιήστε αυτή την αίτηση για να υποβάλετε αίτηση για οποιοδήποτε στο νοικοκυριό σας.
- **Υποβάλετε αίτηση ακόμη και αν εσείς, ο/η σύζυγός σας ή το παιδί σας έχετε ήδη υγειονομική κάλυψη. Μπορεί να είστε επιλέξιμοι για δωρεάν ή χαμηλότερου κόστους κάλυψη.**
- Εάν είστε μόνος, μπορεί να μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ένα σύντομο έντυπο. Επισκεφθείτε το [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Τα νοικοκυριά που περιλαμβάνουν επιλέξιμους μετανάστες μπορούν να υποβάλουν αίτηση. Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για το παιδί σας ακόμη και αν δεν είστε επιλέξιμοι για κάλυψη. Η υποβολή αίτησης δεν θα επηρεάσει το μεταναστευτικό σας καθεστώς ή τις πιθανότητες να γίνετε μόνιμος κάτοικος ή πολίτης.
- Εάν κάποιος σας βοηθάει να συμπληρώσετε αυτή την αίτηση, μπορεί να χρειαστεί να συμπληρώσετε το Παράρτημα C.



Τι μπορείτε να χρειαστείτε για να υποβάλετε την αίτηση

- Αριθμούς κοινωνικής ασφάλισης (SSN) (ή αριθμούς εγγράφων για τυχόν επιλέξιμους μετανάστες που χρειάζονται κάλυψη).
- Στοιχεία εργοδότη και εισοδήματος για όλους στο νοικοκυριό σας (όπως από αποκόμματα μισθοδοσίας, έντυπα W-2 ή βεβαιώσεις μισθών και φόρων).
- Αριθμούς συμβολαίων για οποιαδήποτε τρέχουσα ασφάλιση υγείας.
- Πληροφορίες σχετικά με οποιαδήποτε ασφάλιση υγείας που σχετίζεται με την εργασία και διατίθεται στο νοικοκυριό σας.



Γιατί ζητάμε αυτές τις πληροφορίες;

Ρωτάμε για το εισόδημα και άλλες πληροφορίες για να σας ενημερώσουμε για το ποια κάλυψη δικαιούστε και αν μπορείτε να λάβετε βοήθεια για την πληρωμή της. **Διατηρούμε όλες τις πληροφορίες που παρέχετε ιδιωτικές και ασφαλείς, όπως απαιτείται από το νόμο.** Για τη Δήλωση περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, επισκεφθείτε τη διεύθυνση [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ή ελέγξτε τις οδηγίες.



Τι θα συμβεί στη συνέχεια;

Δημιουργήστε ένα αντίγραφο για να κρατήσετε και, στη συνέχεια, στείλτε την πλήρη, υπογεγραμμένη αίτησή σας στη διεύθυνση στη σελίδα 10. **Εάν δεν έχετε όλες τις πληροφορίες που ζητάμε, υπογράψτε και υποβάλετε την αίτησή σας ούτως ή άλλως.** Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας εντός 1-2 εβδομάδων και ενδέχεται να λάβετε μια κλήση από το Marketplace εάν χρειάζομαστε περισσότερες πληροφορίες. Θα λάβετε μια ειδοποίηση επιλεξιμότητας μέσω ταχυδρομείου μετά την επεξεργασία της αίτησής σας. Αν δεν έχετε νέα μας, επικοινωνήστε με το Τηλεφωνικό Κέντρο του Marketplace. Η συμπλήρωση αυτής της αίτησης δεν σημαίνει ότι πρέπει να αγοράσετε κάλυψη υγείας.



Ζητήστε βοήθεια με αυτή την εφαρμογή

- **Σε απευθείας σύνδεση:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- **Τηλέφωνο:** Καλέστε το τηλεφωνικό κέντρο του Marketplace στο **1-800-318-2596**. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν **1-855-889-4325**.
- **Αυτοπροσώπως:** Μπορεί να υπάρχουν assisters στην περιοχή σας που μπορούν να βοηθήσουν. Επισκεφθείτε [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ή καλέστε το Τηλεφωνικό Κέντρο του Marketplace στο **1-800-318-2596** για περισσότερες πληροφορίες.
- **Άλλες γλώσσες:** Εάν χρειάζεστε βοήθεια σε γλώσσα διαφορετική από τα αγγλικά, καλέστε το **1-800-318-2596** και πείτε στον αντιπρόσωπο εξυπηρέτησης πελατών τη γλώσσα που χρειάζεστε. Θα σας βοηθήσουμε χωρίς κόστος για εσάς.

Έχετε το δικαίωμα να λάβετε τις πληροφορίες σας σε προσβάσιμη μορφή, όπως μεγάλα γράμματα, μπράιλ ή ήχο. Έχετε επίσης το δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία εάν πιστεύετε ότι έχετε υποστεί διακρίσεις.

Επισκεφθείτε τη διεύθυνση [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice) ή καλέστε στο **1-800-318-2596**. TTY μπορούν να καλέσουν στο **1-855-889-4325**.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.
Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the
U.S. Department of Health & Human Services.

**HealthCare.gov**



Εκτυπώστε με κεφαλαία γράμματα χρησιμοποιώντας μόνο μαύρο ή σκούρο μπλε μελάνι.

Συμπληρώστε τους κύκλους (○) ως εξής → ●.

Βήμα 1: Πείτε μας για τον εαυτό σας.

(Χρειαζόμαστε 1 ενήλικα στο νοικοκυριό για να είναι ο υπεύθυνος επικοινωνίας για την αίτησή σας.)

1. Όνομα	Μεσαίο όνομα	Επώνυμο	Κατάληξη
2. Διεύθυνση οικίας (Αφήστε κενή αν δεν έχετε.)			3. Διεύθυνση κατοικίας 2
4. Πόλη	5. Πολιτεία	6. Ταχυδρομικός κώδικας	7. Κομητεία
8. Ταχυδρομική διεύθυνση (εάν διαφέρει από τη διεύθυνση κατοικίας)			9. Ταχυδρομική διεύθυνση 2
10. Πόλη	11. Πολιτεία	12. Ταχυδρομικός κώδικας	13. Κομητεία
14. Αριθμός τηλεφώνου		15. Δεύτερος αριθμός τηλεφώνου	
16. Θέλετε να λάβετε πληροφορίες σχετικά με αυτήν την εφαρμογή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου; ☐ Ναι ☐ Όχι			
Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:			
17. Προτιμώμενη γλώσσα: Εγγράφως		Προφορικά	

Βήμα 2: Πείτε μας για το νοικοκυριό σας.

Ποιον πρέπει να συμπεριλάβετε στην παρούσα αίτηση;

Συμπληρώστε τις σελίδες του Βήματος 2 για κάθε άτομο στο νοικοκυριό σας, ακόμα και αν το άτομο έχει ήδη υγειονομική κάλυψη. Οι πληροφορίες σε αυτήν την εφαρμογή μας βοηθούν να βεβαιωθούμε ότι όλοι έχουν την καλύτερη κάλυψη που μπορούν. Το ποσό της βοήθειας ή ο τύπος του προγράμματος για το οποίο πληροίτε τις προϋποθέσεις βασίζεται στον αριθμό των ατόμων στο νοικοκυριό σας και στο εισόδημα του νοικοκυριού σας. Αν δεν συμπεριλάβετε κάποιον, ακόμα κι αν έχει ήδη υγειονομική κάλυψη, τα αποτελέσματα καταλληλότητας μπορεί να επηρεαστούν.

Για ενήλικες που χρειάζονται κάλυψη

Συμπεριλάβετε αυτά τα άτομα **ακόμη και αν δεν υποβάλλουν αίτηση για υγειονομική κάλυψη για τον εαυτό τους**:

- Οποιοσδήποτε σύζυγος.
- Κάθε παιδί κάτω των 21 ετών με το οποίο ζει, συμπεριλαμβανομένων των θετών παιδιών.
- Οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο στην ίδια ομοσπονδιακή δήλωση φόρου εισοδήματος (συμπεριλαμβανομένων τυχόν παιδιών άνω των 21 ετών που δηλώνονται στη φορολογική δήλωση ενός γονέα). Δεν χρειάζεται να υποβάλετε φόρους για να λάβετε κάλυψη υγείας.

Για παιδιά κάτω των 21 ετών που χρειάζονται κάλυψη

Συμπεριλάβετε αυτά τα άτομα **ακόμη και αν δεν υποβάλλουν οι ίδιοι αίτηση για υγειονομική κάλυψη**:

- Κάθε γονέας (ή θετός γονέας) με τον οποίο ζουν μαζί.
- Οποιοδήποτε αδελφό ή αδελφή με τον οποίο ζουν μαζί.
- Οποιοδήποτε παιδί με το οποίο ζουν μαζί, συμπεριλαμβανομένων των θετών παιδιών.
- Οποιοσδήποτε σύζυγος με τον οποίο ζουν μαζί.
- Οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο στην ίδια ομοσπονδιακή δήλωση φορολογίας εισοδήματος. Δεν χρειάζεται να υποβάλετε φόρους για να λάβετε κάλυψη υγείας.

Συμπληρώστε το Βήμα 2 για κάθε άτομο στο νοικοκυριό σας.

Ξεκινήστε με τον εαυτό σας και στη συνέχεια προσθέστε άλλους ενήλικες και παιδιά. Εάν έχετε περισσότερα από 2 άτομα στο νοικοκυριό σας, θα πρέπει να κάνετε αντίγραφα των σελίδων και να τις επισυνάψετε.

Δεν χρειάζεται να δώσετε τη μεταναστευτική κατάσταση ή τους αριθμούς SSN για τα μέλη του νοικοκυριού που δεν χρειάζονται υγειονομική κάλυψη. Διατηρούμε όλες τις πληροφορίες που παρέχετε ιδιωτικές και ασφαλείς, όπως απαιτείται από το νόμο. Θα χρησιμοποιήσουμε τις προσωπικές πληροφορίες μόνο για να ελέγξουμε αν είστε επιλέξιμοι για υγειονομική κάλυψη.



ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ; Επισκεφθείτε τη διεύθυνση [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ή καλέστε μας στο **1-800-318-2596**. Εάν χρειάζεστε βοήθεια σε γλώσσα διαφορετική από τα αγγλικά, καλέστε το **1-800-318-2596** και πείτε στον αντιπρόσωπο εξυπηρέτησης πελατών τη γλώσσα που χρειάζεστε. Θα σας βοηθήσουμε χωρίς κόστος για εσάς. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν το **1-855-889-4325**.

1. Πρώτο όνομα	Μεσαίο όνομα	Επώνυμο	Κατάληξη

2. Σχέση με το ΑΤΟΜΟ 1; Ο ΙΔΙΟΣ	3. Είσαι παντρεμένος/η; ☐ Ναι ☐ Όχι	4. Ημερομηνία γέννησης (μμ/ηη/εεεε) 	5. Φύλο ☐ Θηλυκό ☐ Αρσενικό
---	--	--	--

6. Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (SSN) 

α. Θα καταθέσετε αίτηση από κοινού με σύζυγο: ☒ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, γράψτε το όνομα του/της συζύγου:

b. Θα δηλώσετε εξαρτώμενα μέλη στη φορολογική σας δήλωση:..... ☒ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, όνομα(τα) καταλόγου εξαρτώμενων απόμων:

γ. Θα δηλωθείτε ως εξαρτώμενος στη φορολογική δήλωση κάποιου: ☒ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, αναφέρετε το όνομα του φορολογούμενου: _____ Πώς σχετίζεστε με τον φορολογούμενο; _____

8. Είστε έγκυος:..... ☒ Ναι ☐ Όχι α. **Αν ναι**, πόσα μωρά αναμένονται κατά τη διάρκεια αυτής της εγκυμοσύνης:

9. **Χρειάζεστε υγειονομική κάλυψη;** Ακόμα κι αν έχετε κάλυψη, μπορεί να υπάρχει ένα πρόγραμμα με καλύτερη κάλυψη ή χαμηλότερο κόστος.

☐ **ΝΑΙ. Εάν ναι**, απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις. ☐ **ΟΧΙ. Εάν όχι**, προχωρήστε στις ερωτήσεις εισοδήματος στη σελίδα 3. Αφήστε κενή την υπόλοιπη σελίδα.

10. Έχετε κάποια σωματική, ψυχική ή συναισθηματική κατάσταση υγείας που προκαλεί περιορισμούς στις δραστηριότητες (όπως το μπάμιν, ντίσιμο, καθημερινές δουλειές, κ.λπ.), ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης ή ζείτε σε ιατρικό ίδρυμα ή οίκο ευγηρίας..... ☒ Ναι ☐ Όχι

11. Είστε Αμερικανός πολίτης ή Υπήκοος των ΗΠΑ: ☒ Ναι ☐ Όχι

12. Είστε πολίτης **πολιτογραφημένος** ή **καταγόμενος πολίτης**: (Αυτό συνήθως σημαίνει ότι γεννηθήκατε εκτός των ΗΠΑ.)

☐ **ΝΑΙ.** Εάν ναι, συμπληρώστε τα α και β. ☐ **ΟΧΙ.** Εάν όχι, συνεχίστε στην ερώτηση 13.

α. Αριθμός αλλοδαπού:

b. Αριθμός πιστοποιητικού:

Αφού συμπληρώσετε τα α και β, προχωρήστε στην ερώτηση 14.

13. Αν δεν είστε Αμερικανός πολίτης ή υπήκοος των ΗΠΑ, έχετε επιλέξιμο μεταναστευτικό καθεστώς; ☐ **ΝΑΙ.** Εισαγάγετε τον τύπο εγγράφου και τον αριθμό αναγνωριστικού. Πηγαίστε στις οδηγίες.

Τύπος εγγράφου μετανάστευσης	Τύπος κατάστασης (προαιρετικό)	Γράψτε το όνομά σας όπως εμφανίζεται στο έγγραφο μετανάστευσης.

Αλλοδαπός ή αριθμός Ι-94	Αριθμός κάρτας ή διαβατηρίου

Αναγνωριστικό SEVIS ή ημερομηνία λήξης (προαιρετικό)	Άλλο (κατηγορία, κωδικός ή χώρα έκδοσης)
--	--

α. Έχετε ζήσει στις ΗΠΑ από το 1996:..... ☒ Ναι ☐ Όχι

b. Είστε εσείς, ή ο/η σύζυγος ή ο γονέας σας, βετεράνος ή εν ενεργεία μέλος του στρατού των ΗΠΑ;..... ☒ Ναι ☐ Όχι

14. Θέλετε βοήθεια για την πληρωμή ιατρικών λογαριασμών από τους τελευταίους 3 μήνες;..... ☒ Ναι ☐ Όχι

15. Ζείτε με τουλάχιστον ένα παιδί κάτω των 19 ετών και είστε το κύριο άτομο που φροντίζει αυτό το παιδί;
(Συμπληρώστε "ναι" εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας φροντίζετε αυτό το παιδί.) ☒ Ναι ☐ Όχι

Αναφέρετε τα ονόματα και τις σχέσεις τυχόν παιδιών κάτω των 19 ετών που ζουν μαζί σας στο νοικοκυριό σας:

Age Group	Total (%)	Male (%)	Female (%)	Male (%)	Female (%)
18-24	15	15	15	15	15
25-34	25	25	25	25	25
35-44	20	20	20	20	20
45-54	15	15	15	15	15
55-64	10	10	10	10	10
65-74	5	5	5	5	5
75+	2	2	2	2	2

16. Είστε φοιτητής πλήρους φοίτησης: ☐ Ναι ☐ Όχι

συνέχεια στην επόμενη σελίδα

ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ; Επισκεφθείτε τη διεύθυνση [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ή καλέστε μας στο **1-800-318-2596**. Εάν χρειάζεστε βοήθεια σε γλώσσα διαφορετική από τα αγγλικά, καλέστε το **1-800-318-2596** και πείτε στον αντιπρόσωπο εξυπηρέτησης πελατών τη γλώσσα που χρειάζεστε. Θα σας βοηθήσουμε χωρίς κόστος για εσάς. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν το **1-855-889-4325**.



Προαιρετικό: (Η παροχή αυτών των πληροφοριών δεν θα επηρεάσει την καταλληλότητα, τις επιλογές προγράμματος ή το κόστος.)

Συμπληρώστε όλα όσα ισχύουν.

19. Φυλή:

- ☐ Λευκο ☐ Μαύροι ή Αφροαμερικανοί ☐ Ινδιάνοι ή ιθαγενείς της Αλάσκας ☐ Φιλιππινέζοι ☐ Ιάπωνες ☐ Κορεάτες ☐ Ασιάτες Ινδοί ☐ Κινέζοι
☐ Βιετναμέζοι ☐ Άλλοι Ασιάτες ☐ Γηγενείς Χαβανέζοι ☐ Γκουαμανοί ή Τσαμόρο ☐ Σαμανοί ☐ Άλλοι νησιώτες του Ειρηνικού ☐ Άλλο

Επιλέξτε μία απάντηση.

20. Φύλο που αποδόθηκε κατά τη γέννηση (μπορεί να βρεθεί στο πιστοποιητικό γέννησής σας):

- ☐ Θηλυκό ☐ Άρρεν ☐ Άλλο: ☐ Δεν ξέρω ☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

21. Τρέχον φύλο:

- ☐ Θηλυκό ☐ Άρρεν ☐ Διεμφυλικό θηλυκό ☐ Διεμφυλικό αρσενικό ☐ Ισφορετικός όρος: ☐ Δεν ξέρω ☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

22. Σεξουαλικός προσανατολισμός:

- ☐ Αμφιφυλόφιλος ☐ Λεσβία ή ομοφυλόφιλος ☐ Στρέιτ (όχι λεσβία ή ομοφυλόφιλος) ☐ Ένας διαφορετικός όρος: ☐ Δεν ξέρω ☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

Βήμα 2: ΑΤΟΜΟ 1 (Συνεχίστε με τον εαυτό σας.)

Τρέχουσες πληροφορίες για την εργασία και το εισόδημα

- ☐ **Απασχολούμενος:** Εάν εργάζεστε αυτήν τη στιγμή, πείτε μας για το εισόδημά σας. Ξεκινήστε με το στοιχείο 23. ☐ **Άνεργος:** Μεταβείτε στο στοιχείο 33. ☐ **Αυτοαπασχολούμενος:** Μεταβείτε στο στοιχείο 32.

Τρέχουσα εργασία 1:

23. Όνομα εργοδότη

a. Εργοδοτής/διεύθυνση (προαιρετικό)

b. Πόλη

c. Πολιτεία

d. Ταχυδρομικός κώδικας

24. Αριθμός τηλεφώνου εργοδότη

25. Μισθοί/φιλودωρήματα (προ φόρων)

\$

- ☐ Ωριαία ☐ Εβδομαδιαία ☐ Κάθε 2 εβδομάδες
☐ Δύο φορές το μήνα ☐ Μηνιαία ☐ Ετήσια

26. Μέσος όρος ωρών εργασίας κάθε ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Τρέχουσα εργασία 2: (Εάν έχετε επιπλέον εργασίες και χρειάζεστε περισσότερο χώρο, επισυνάψτε ένα άλλο φύλλο χαρτιού.)

27. Όνομα εργοδότη

a. Διεύθυνση εργοδότη (προαιρετικό)

b. Πόλη

c. Πολιτεία

d. Ταχυδρομικός κώδικας

28. Αριθμός τηλεφώνου εργοδότη

29. Μισθοί/φιλودωρήματα (προ φόρων)

\$

- ☐ Ωριαία ☐ Εβδομαδιαία ☐ Κάθε 2 εβδομάδες
☐ Δύο φορές το μήνα ☐ Μηνιαία ☐ Ετήσια

30. Μέσος όρος ωρών εργασίας κάθε ΕΒΔΟΜΑΔΑ

31. Κατά το παρελθόν έτος, μήπως: ☐ Αλλαγή εργασίας ☐ Διακοπή εργασίας ☐ Ξεκινήστε να εργάζεστε λιγότερες ώρες ☐ Κανένα Εξ αυτών

32. Εάν είστε αυτοαπασχολούμενος, απαντήστε τα a και b:

a. Είδος εργασίας:

b. Πόσα καθαρά έσοδα (κέρδη μετά την πληρωμή των επιχειρηματικών εξόδων) θα έχετε από αυτήν την αυτοαπασχόληση αυτόν τον μήνα; Μεταβείτε στις οδηγίες.

\$

συνέχεια στην επόμενη σελίδα



33. **Άλλα έσοδα που λαμβάνετε αυτόν τον μήνα:** Συμπληρώστε όλα όσα ισχύουν και δώστε το ποσό και πόσο συχνά το λαμβάνετε. Συμπληρώστε εδώ αν δεν ισχύει κανένα. ☐

Σημείωση: Εσείς **δεν** πρέπει να μας ενημερώσετε για το εισόδημα από τη διατροφή παιδιών, τις πληρωμές βετεράνων ή το συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλειας (SSI).

☐ Ανεργία \$ Πόσο συχνά:	☐ Λήψη διατροφής (Σημείωση: Μόνο για διαζύγια που οριστικοποιήθηκαν πριν από την 1/1/2019.) \$ Πόσο συχνά:
☐ Σύνταξη \$ Πόσο συχνά:	☐ Δόχτυ γεωργία/αλιεία \$ Πόσο συχνά:
☐ Κοινωνική ασφάλιση \$ Πόσο συχνά:	☐ Καθαρό ενοίκιο/δικαιώματα \$ Πόσο συχνά:
☐ Λογαριασμοί συνταξιοδότησης \$ Πόσο συχνά:	☐ Λοιπά έσοδα, τύπος: \$ Πόσο συχνά:

34. **Παρακρατήσεις:** Συμπληρώστε όλα όσα ισχύουν και δώστε το ποσό και πόσο συχνά το πληρώνετε. Εάν πληρώνετε για ορισμένα πράγματα που μπορούν να αφαιρεθούν σε μια ομοσπονδιακή δήλωση φόρου εισοδήματος, λέγοντάς μας γι' αυτά θα μπορούσε να κάνει το κόστος της υγειονομικής κάλυψης λίγο χαμηλότερο. Μην συμπεριλάβετε τη διατροφή τέκνων που καταβάλλετε ή ένα κόστος που έχει ήδη ληφθεί υπόψη στην απάντησή σας για την καθαρή αυτοαπασχόληση (ερώτηση 32b).

☐ Διατροφή που καταβλήθηκε (Σημείωση: Μόνο για διαζύγια που οριστικοποιήθηκαν πριν από την 1/1/2019.) \$ Πόσο συχνά:	☐ Άλλες αφαιρέσεις, τύπος: \$ Πόσο συχνά:
☐ Τόκοι φοιτητικών δανείων \$ Πόσο συχνά:	

35. **Συμπληρώστε αυτήν την ερώτηση εάν το εισόδημά σας αλλάξει κατά τη διάρκεια του έτους,** όπως εάν εργάζεστε σε μια εργασία μόνο για μέρος του έτους ή λαμβάνετε επίδομα για ορισμένους μήνες. Εάν δεν περιμένετε αλλαγές στο μηνιαίο εισόδημά σας, μεταβείτε στο επόμενο άτομο. ☒

Το συνολικό εισόδημά σας φέτος \$	Το συνολικό εισόδημά σας το επόμενο έτος (αν νομίζετε ότι θα είναι διαφορετικό) \$	☐ Συμπληρώστε αν πιστεύετε ότι το εισόδημά σας θα είναι δύσκολο να προβλεφθεί.
--	---	--

Ευχαριστώ! Αυτό είναι το μόνο που χρειάζεται να γνωρίζουμε για εσάς.



**Βήμα 2: ΑΤΟΜΟ 2**

Σημείωση: Εάν αυτό το άτομο δεν χρειάζεται κάλυψη υγείας, απλώς απαντήστε στις ερωτήσεις 1-10 σε αυτήν τη σελίδα. Δημιουργήστε ένα αντίγραφο των σελίδων 5-7 εάν υπάρχουν περισσότερα από 2 άτομα στο νοικοκυριό σας.

Συμπληρώστε αυτήν την ενότητα για τον/την σύζυγο/σύντροφό σας και τα παιδιά σας που ζουν μαζί σας ή/και οποιονδήποτε στην ίδια ομοσπονδιακή δήλωση φόρου εισοδήματος, εάν υποβάλετε μία. Εάν δεν υποβάλετε φορολογική δήλωση, θυμηθείτε να προσθέσετε μέλη του νοικοκυριού που ζουν μαζί σας. Μεταβείτε στη σελίδα 1 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα άτομα που πρέπει να συμπεριλάβετε.

1. Πρώτο όνομα	Μεσαίο όνομα	Επώνυμο	Κατάληξη
2. Σχέση με το ΑΤΟΜΟ 1; Μεταβείτε στις οδηγίες.		3. Είναι παντρεμένο το ΑΤΟΜΟ 2; ☐ Ναι ☐ Όχι	4. Ημερομηνία γέννησης (μμ/ηη/εεεε)
6. Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (SSN)		☒ Το χρειαζόμαστε αυτό εάν θέλετε υγειονομική κάλυψη για το ΑΤΟΜΟ 2 και το ΑΤΟΜΟ 2 διαθέτει SSN.	
7. Το ΑΤΟΜΟ 2 ζει στην ίδια διεύθυνση με το ΑΤΟΜΟ 1; ☐ Ναι ☐ Όχι Εάν ναι, διεύθυνση καταλόγου:			
8. Σχεδιάζει το ΑΤΟΜΟ 2 να υποβάλει ομοσπονδιακή δήλωση φόρου εισοδήματος ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΕΤΟΣ; (Μπορείτε ακόμα να υποβάλετε αίτηση για κάλυψη ακόμη και αν το ΑΤΟΜΟ 2 δεν υποβάλει ομοσπονδιακή δήλωση φόρου εισοδήματος.) ☐ ΝΑΙ. Εάν ναι , απαντήστε στα στοιχεία α έως c. ☐ ΟΧΙ. Εάν όχι , μεταβείτε στο σημείο c.			
a. Θα κάνει αίτηση το ΑΤΟΜΟ 2 από κοινού με σύζυγο; ☐ Ναι ☐ Όχι Εάν ναι, γράψτε το όνομα του/της συζύγου:			
b. Το ΑΤΟΜΟ 2 θα δηλώσει εξαρτώμενα μέλη στη φορολογική του δήλωση; ☐ Ναι ☐ Όχι Εάν ναι, όνομα(τα) καταλόγου εξαρτώμενων ατόμων:			
c. Το ΑΤΟΜΟ 2 θα δηλωθεί ως εξαρτώμενο μέλος στη φορολογική δήλωση κάποιου; ☐ Ναι ☐ Όχι Εάν ναι, αναφέρετε το όνομα του φορολογούμενου: Πώς σχετίζεται το ΑΤΟΜΟ 2 με τον φορολογούμενο;			
9. Είναι έγκυος το ΑΤΟΜΟ 2; ☐ Ναι ☐ Όχι a. Εάν ναι, πόσα μωρά αναμένονται κατά τη διάρκεια αυτής της εγκυμοσύνης;			
10. Χρειάζεται κάλυψη υγείας το ΑΤΟΜΟ 2; (Ακόμα κι αν το ΑΤΟΜΟ 2 έχει κάλυψη, μπορεί να υπάρχει πρόγραμμα με καλύτερη κάλυψη ή χαμηλότερο κόστος.) ☐ ΝΑΙ. Εάν ναι , απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις. ☐ ΟΧΙ. Εάν όχι , μεταβείτε στις ερωτήσεις εισοδήματος στη σελίδα 5. Αφήστε κενή την υπόλοιπη σελίδα.			
11. Το ΑΤΟΜΟ 2 έχει κάποια σωματική, ψυχική ή συναισθηματική κατάσταση υγείας που προκαλεί περιορισμούς στις δραστηριότητες (όπως το μπάνιο, ντύσιμο, καθημερινές δουλειές, κ.λπ.), ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης ή ζει σε ιατρικό ίδρυμα ή οίκο ευγηρίας; ☐ Ναι ☐ Όχι			
12. Είναι το ΑΤΟΜΟ 2 Πολίτης των ΗΠΑ ή Υπήκοος των ΗΠΑ? ☐ Ναι ☐ Όχι			
13. Είναι το ΑΤΟΜΟ 2 πολιτογραφημένος ή προερχόμενος πολίτης; (Αυτό συνήθως σημαίνει ότι γεννήθηκαν εκτός των ΗΠΑ.) ☐ ΝΑΙ. ναι , Εάν συμπληρώσετε τα α και b. ☐ ΝΟ. Εάν όχι , συνεχίστε στην ερώτηση 14.			
a. Αριθμός αλλοδαπού		b. Αριθμός πιστοποιητικού	
		Αφού συμπληρώσετε τα α και b, μεταβείτε στο .ερώτηση 15	
14. Εάν το ΑΤΟΜΟ 2 δεν είναι πολίτης των ΗΠΑ ή των υπήκοος των ΗΠΑ, έχει επιλέξει καθεστώς μετανάστευσης; ☐ ΝΑΙ . Εισαγάγετε τον τύπο εγγράφου και τον αριθμό αναγνωριστικού. Μεταβείτε στις οδηγίες.			
Τύπος εγγράφου μετανάστευσης:	Τύπος κατάστασης (προαιρετικό):	Γράψτε το όνομα του ΑΤΟΜΟΥ 2 όπως εμφανίζεται στο έγγραφο μετανάστευσης.	
Αλλοδαπός ή αριθμός I-94	Αριθμός κάρτας ή διαβατηρίου		
Αναγνωριστικό SEVIS ή ημερομηνία λήξης (προαιρετικό)	Άλλο (κατηγορία, κωδικός ή χώρα έκδοσης)		
a. Το ΑΤΟΜΟ 2 ζει στις ΗΠΑ από το 1996; ☐ Ναι ☐ Όχι			
b. Είναι το ΑΤΟΜΟ 2 ή ο/η σύζυγος ή ο γονέας του ΑΤΟΜΟΥ 2, βετεράνος ή εν ενεργεία μέλος του στρατού των ΗΠΑ; ☐ Ναι ☐ Όχι			
15. Το ΑΤΟΜΟ 2 θέλει βοήθεια για την πληρωμή ιατρικών λογαριασμών από τους τελευταίους 3 μήνες; ☐ Ναι ☐ Όχι			
16. Το ΑΤΟΜΟ 2 ζει με τουλάχιστον ένα παιδί κάτω των 19 ετών και είναι το ΑΤΟΜΟ 2 το κύριο άτομο που φροντίζει αυτό το παιδί; (Συμπληρώστε "ναι" εάν το ΑΤΟΜΟ 2 ή ο/η σύζυγός του φροντίζει αυτό το παιδί.) ☐ Ναι ☐ Όχι			
17. Πείτε μας τα ονόματα και τις σχέσεις των παιδιών κάτω των 19 ετών που ζουν με το ΑΤΟΜΟ 2 στο νοικοκυριό τους. (Αυτά μπορεί να είναι τα ίδια παιδιά που αναφέρονται στη σελίδα 2.)			
Ήταν το ΑΤΟΜΟ 2 σε ανάδοχη φροντίδα σε ηλικία 18 ετών και άνω; ☐ Ναι ☐ Όχι			
Απαντήστε σε αυτές τις ερωτήσεις εάν το ΑΤΟΜΟ 2 είναι 22 ετών ή νεότερο:			
18. Το ΑΤΟΜΟ 2 είχε ασφάλιση μέσω εργασίας και την έχασε τους τελευταίους 3 μήνες; ☐ Ναι ☐ Όχι			
a. Εάν ναι, ημερομηνία λήξης:		b. Λόγος λήξης της ασφάλισης:	
19. Είναι το ΑΤΟΜΟ 2 φοιτητής πλήρους φοίτησης; ☐ Ναι ☐ Όχι			

συνέχεια στην επόμενη σελίδα



ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ; Επισκεφθείτε τη διεύθυνση [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ή καλέστε μας στο **1-800-318-2596**. Εάν χρειάζεστε βοήθεια σε γλώσσα διαφορετική από τα αγγλικά, καλέστε το **1-800-318-2596** και πείτε στον αντιπρόσωπο εξυπηρέτησης πελατών τη γλώσσα που χρειάζεστε. Θα σας βοηθήσουμε χωρίς κόστος για εσάς. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν το **1-855-889-4325**.

**Προαιρετικό:** (Η παροχή αυτών των πληροφοριών δεν θα επηρεάσει την καταλληλότητα, τις επιλογές προγράμματος ή το κόστος.)**Συμπληρώστε όλα όσα ισχύουν.**

21. Φυλή:

- ☐ Λευκοί
 ☐ Μαύροι ή Αφροαμερικανοί
 ☐ Ινδιάνοι ή ιθαγενείς της Αλάσκας
 ☐ Φιλιππινέζοι
 ☐ Ιάπωνες
 ☐ Κορεάτες
 ☐ Ασιάτες Ινδοί
 ☐ Κινέζοι
 ☐ Βιετναμέζοι
 ☐ Άλλοι Ασιάτες
 ☐ Γηγενείς Χαβανέζοι
 ☐ Γκουαμανοί ή Τσαμόρο
 ☐ Σαμανοί
 ☐ Άλλοι νησιώτες του Ειρηνικού
 ☐ Άλλο

Επιλέξτε μία απάντηση.

22. Φύλο που αποδόθηκε κατά τη γέννηση (μπορεί να βρεθεί στο πιστοποιητικό γέννησής του ΑΤΟΜΟΥ 2):

- ☐ Θηλυκό
 ☐ Άρρεν
 ☐ Άλλο
 ☐ Δεν ξέρω
 ☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

23. Τρέχον φύλο:

- ☐ Θηλυκό
 ☐ Άρρεν
 ☐ Διεμφυλικό θηλυκό
 ☐ Διεμφυλικό αρσενικό
 ☐ Ιαφορετικός όρος:
 ☐ Δεν ξέρω
 ☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

24. Σεξουαλικός προσανατολισμός:

- ☐ Αμφιφυλόφιλος
 ☐ Λεσβία ή ομοφυλόφιλος
 ☐ Στρέιτ (όχι λεσβία ή ομοφυλόφιλος)
 ☐ Ένας διαφορετικός όρος:
 ☐ Δεν ξέρω
 ☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

Βήμα 2: ΑΤΟΜΟ 2

Πείτε μας για τυχόν εισόδημα που έχει το ΑΤΟΜΟ 2. Συμπληρώστε αυτή τη σελίδα ακόμα και αν το ΑΤΟΜΟ 2 δεν χρειάζεται υγειονομική κάλυψη.

Τρέχουσες πληροφορίες για την εργασία και το εισόδημα

- ☐ **Απασχολούμενος:** Εάν το ΑΤΟΜΟ 2 απασχολείται επί του παρόντος, πείτε μας για το εισόδημά τους. Ξεκινήστε με το στοιχείο 25.
 ☐ **Άνεργος:** Μεταβείτε στο στοιχείο 35.
 ☐ **Αυτοαπασχολούμενος:** Μετάβαση στο στοιχείο 34.

Τρέχουσα εργασία 1:

25. Όνομα εργοδότη

a. Εργοδότης διεύθυνση (προαιρετικό)

b. Πόλη

c. Πολιτεία

d. Ταχυδρομικός κώδικας

26. Αριθμός τηλεφώνου εργοδότη

27. Μισθοί/φιλοδωρήματα (προ φόρων)

\$

- ☐ Ωριαία
 ☐ Εβδομαδιαία
 ☐ Κάθε 2 εβδομάδες
 ☐ Δύο φορές το μήνα
 ☐ Μηνιαία
 ☐ Ετήσια

28. Μέσος όρος ωρών εργασίας κάθε ΕΒΔΟΜΑΔΑ

Τρέχουσα εργασία 2: (Εάν το ΑΤΟΜΟ 2 έχει περισσότερες εργασίες, επισυνάψτε ένα άλλο φύλλο χαρτιού.)

29. Όνομα εργοδότη

a. Διεύθυνση εργοδότη (προαιρετικό)

b. Πόλη

c. Πολιτεία

d. Ταχυδρομικός κώδικας

30. Αριθμός τηλεφώνου εργοδότη

31. Μισθοί/φιλοδωρήματα (προ φόρων)

\$

- ☐ Ωριαία
 ☐ Εβδομαδιαία
 ☐ Κάθε 2 εβδομάδες
 ☐ Δύο φορές το μήνα
 ☐ Μηνιαία
 ☐ Ετήσια

32. Μέσος όρος ωρών εργασίας κάθε ΕΒΔΟΜΑΔΑ

33. Κατά το παρελθόν έτος, το ΑΤΟΜΟ 2: ☐ Αλλαγή εργασίας ☐ Διακοπή εργασίας ☐ Ξεκινήστε να εργάζεστε λιγότερες ώρες ☐ Κανένα Εξ αυτών

34. Εάν το ΑΤΟΜΟ 2 είναι αυτοαπασχολούμενο, συμπληρώστε τα α και β:

a. Είδος εργασίας:

b. καθαρό εισόδημα (κέρδη μόλις πληρωθούν τα έξοδα της επιχείρησης) θα πάρει το ΑΤΟΜΟ 2 από αυτήν την αυτοαπασχόληση αυτόν τον μήνα; Μεταβείτε στις οδηγίες.

\$

συνέχεια στην επόμενη σελίδα





35. **Άλλο εισόδημα ΑΤΟΜΑ 2 παίρνει αυτό το μήνα:** Συμπληρώστε όλα όσα ισχύουν και δώστε το ποσό και πόσο συχνά το παίρνει το ΑΤΟΜΟ 2. Συμπληρώστε εδώ αν δεν ισχύει κανένα. ☐

Σημείωση: Εσείς **δεν** πρέπει να μας πείτε για το εισόδημα του ΑΤΟΜΟ 2 από τη διατροφή παιδιών, τις πληρωμές βετεράνων ή το Συμπληρωματικό Εισόδημα Ασφάλειας (SSI).

☐ Ανεργία \$ Πόσο συχνά:	☐ Λήψη διατροφής (Σημείωση: Μόνο για διαζύγια που οριστικοποιήθηκαν πριν από την 1/1/2019.) \$ Πόσο συχνά:
☐ Σύνταξη \$ Πόσο συχνά:	☐ Δίχτυ γεωργία/αλιεία \$ Πόσο συχνά:
☐ Κοινωνική ασφάλιση \$ Πόσο συχνά:	☐ Καθαρό ενοίκιο/δικαιώματα \$ Πόσο συχνά:
☐ Λογαριασμοί συνταξιοδότησης \$ Πόσο συχνά:	☐ Λοιπά έσοδα, τύπος: \$ Πόσο συχνά:

36. **Παρακρατήσεις:** Συμπληρώστε όλα όσα ισχύουν και δώστε το ποσό και πόσο συχνά το παίρνει το ΑΤΟΜΟ 2. Εάν το ΑΤΟΜΟ 2 πληρώνει για ορισμένα πράγματα που μπορούν να αφαιρεθούν σε μια ομοσπονδιακή δήλωση φόρου εισοδήματος, λέγοντάς μας γι' αυτά θα μπορούσε να κάνει το κόστος της υγειονομικής κάλυψης λίγο χαμηλότερο.

Μην συμπεριλάβετε τη διατροφή τέκνων που καταβάλλει το ΑΤΟΜΟ 2 ή ένα κόστος που έχει ήδη ληφθεί υπόψη στην απάντηση για την καθαρή αυτοαπασχόληση (ερώτηση 34b).

☐ Διατροφή που καταβλήθηκε (Σημείωση: Μόνο για διαζύγια που οριστικοποιήθηκαν πριν από την 1/1/2019.) \$ Πόσο συχνά:	☐ Άλλες αφαιρέσεις, τύπος: \$ Πόσο συχνά:
☐ Τόκοι φοιτητικών δανείων \$ Πόσο συχνά:	

37. Συμπληρώστε μόνο εάν το εισόδημα του ΑΤΜΟΥ 2 αλλάξει κατά τη διάρκεια του έτους, όπως εάν το ΑΤΟΜΟ 2 εργάζεται σε μια εργασία μόνο για μέρος του έτους ή λαμβάνει επίδομα για ορισμένους μήνες. Εάν το ΑΤΟΜΟ 2 δεν αναμένει αλλαγές στο μηνιαίο εισόδημά του, μεταβείτε στο επόμενο άτομο.

Το συνολικό εισόδημα του ΑΤΟΜΟ 2 φέτος \$	Το συνολικό εισόδημα του ΑΤΟΜΟ 2 επόμενο έτος \$	☐ Συμπληρώστε αν πιστεύουν ότι το εισόδημά τους θα είναι δύσκολο να προβλεφθεί.
--	---	---

Ευχαριστώ! Αυτό είναι το μόνο που χρειάζεται να γνωρίζουμε για το ΑΤΟΜΟ 2.



Βήμα 3: Μέλος του νοικοκυριού Ινδιάνων ή Ιθαγενών της Αλάσκας (AI/AN)

1. Είστε ή είναι κάποιος στο νοικοκυριό σας Αμερικανός Ινδιάνος ή ιθαγενής της Αλάσκας;

☐ ΟΧΙ. Εάν όχι, συνεχίστε με το Βήμα 4.

☐ ΝΑΙ. Εάν ναι, συνεχίστε στο βήμα 4, καθώς και συμπληρώστε το προσάρτημα Β και συμπεριλάβετε το με την αίτηση.

Βήμα 4: Υγειονομική κάλυψη του νοικοκυριού σας

1. Βρέθηκε κάποιος σε αυτήν την αίτηση να μην είναι επιλέξιμος για το Medicaid ή το Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών (CHIP) τις τελευταίες 90 ημέρες;

(Επιλέγτε ναι μόνο αν κάποιος κρίθηκε ότι δεν πληροί τις προϋποθέσεις για αυτήν την κάλυψη από την πολιτεία σας και όχι από το Marketplace.)..... ☐ Ναι ☐ Όχι

Ποιος; Ημερομηνία:

Ή, ήταν κάποιος σε αυτήν την αίτηση που δεν κρίθηκε επιλέξιμος για Medicaid ή CHIP λόγω του μεταναστευτικού του καθεστώτος τα τελευταία 5 χρόνια;..... ☐ Ναι ☐ Όχι

Ποιος;

Υπέβαλε κάποιος σε αυτήν την αίτηση για κάλυψη κατά τη διάρκεια της Ανοικτής Περιόδου Εγγραφής στο Marketplace ή μετά από ένα γεγονός ζωής που πληροί τις προϋποθέσεις;..... ☐ Ναι ☐ Όχι

Ποιος;

2. Προσφέρεται σε κάποιον που αναφέρεται σε αυτήν την αίτηση υγειονομική κάλυψη από μια εργασία; Ελέγξτε ναι ακόμα κι αν η κάλυψη προέρχεται από τη δουλειά κάποιου άλλου, όπως γονέα ή συζύγου, ακόμα κι αν δεν αποδέχεται την κάλυψη. Ελέγξτε όχι εάν η μόνη κάλυψη που προσφέρεται είναι το COBRA.

☐ ΝΑΙ. Συνεχίστε και κατόπιν συμπληρώστε το προσάρτημα Α. ☐ Όχι

Εάν ναι, πρόκειται για πρόγραμμα παροχών κρατικών υπαλλήλων;..... ☐ Ναι ☐ Όχι

Προσφέρεται σε κάποιον που αναφέρεται στην αίτηση ατομική κάλυψη Ρύθμιση Αποζημίωσης Υγείας (HRA) ή σε Ειδικευμένο Μικρό Εργοδότη HRA (QSEHRA);... ☐ Ναι ☐ Όχι

3. Είναι κανείς εγγεγραμμένος στην υγειονομική κάλυψη τώρα;

☐ ΝΑΙ. Εάν ναι, συνεχίστε στο σημείο 4.

☐ ΌΧΙ. Εάν όχι, προχωρήστε στο Βήμα 5.

4. Πληροφορίες σχετικά με την τρέχουσα υγειονομική κάλυψη. (Δημιουργήστε ένα αντίγραφο αυτής της σελίδας εάν περισσότερα από 2 άτομα έχουν υγειονομική κάλυψη τώρα.)

Γράψτε τον τύπο κάλυψης, όπως ασφάλιση εργοδότη, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης VA, Peace Corps ή άλλο.

(Μην μας πείτε για το TRICARE εάν έχετε άμεση φροντίδα ή γραμμή καθήκοντος.)

ΑΤΟΜΟ 1:	Όνομα του ατόμου που είναι εγγεγραμμένο στην υγειονομική κάλυψη	
	Τύπος κάλυψης:	
	☐ Ασφάλιση εργοδότη ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης VA ☐ Σώματα Ειρήνης ☐ Άλλο	
	Εάν πρόκειται για ασφάλιση εργοδότη: (Θα πρέπει επίσης να συμπληρώσετε το Παράρτημα Α.)	
	Επωνυμία ασφαλιστικής εταιρείας υγείας	Αριθμός πολιτικής/αναγνωριστικού
	Εάν πρόκειται για άλλο είδος κάλυψης: ☐ Συμπληρώστε αν πρόκειται για υγειονομική κάλυψη του Marketplace.	
	Επωνυμία ασφαλιστικής εταιρείας υγείας	Αριθμός πολιτικής/αναγνωριστικού
	Είναι αυτό ένα σχέδιο περιορισμένου οφέλους, όπως μια πολιτική σχολικών ατυχημάτων;..... ☐ Ναι ☐ Όχι	

ΑΤΟΜΟ 2:	Όνομα του ατόμου που είναι εγγεγραμμένο στην υγειονομική κάλυψη	
	Τύπος κάλυψης:	
	☐ Ασφάλιση εργοδότη ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης VA ☐ Σώματα Ειρήνης ☐ Άλλο	
	Εάν πρόκειται για ασφάλιση εργοδότη: (Θα πρέπει επίσης να συμπληρώσετε το Παράρτημα Α.)	
	Επωνυμία ασφαλιστικής εταιρείας υγείας	Αριθμός πολιτικής/αναγνωριστικού
	Εάν πρόκειται για άλλο είδος κάλυψης: ☐ Συμπληρώστε αν πρόκειται για υγειονομική κάλυψη του Marketplace.	
	Επωνυμία ασφαλιστικής εταιρείας υγείας	Αριθμός πολιτικής/αναγνωριστικού
	Είναι αυτό ένα σχέδιο περιορισμένου οφέλους, όπως μια πολιτική σχολικών ατυχημάτων;..... ☐ Ναι ☐ Όχι	



Θα θέλατε πληροφορίες σχετικά με την εγγραφή για να ψηφίσετε; (Προαιρετικό)

☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Προτιμώ να μην απαντήσω

Μπορείτε να λάβετε πληροφορίες, τις προθεσμίες εγγραφής και να βρείτε πληροφορίες για την πολιτεία σας στο [Vote.gov](https://www.vote.gov).



ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ; Επισκεφθείτε τη διεύθυνση [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ή καλέστε μας στο **1-800-318-2596**. Εάν χρειάζεστε βοήθεια σε γλώσσα διαφορετική από τα αγγλικά, καλέστε το **1-800-318-2596** και πείτε στον αντιπρόσωπο εξυπηρέτησης πελατών τη γλώσσα που χρειάζεστε. Θα σας βοηθήσουμε χωρίς κόστος για εσάς. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν το **1-855-889-4325**.



Βήμα 5: Η συμφωνία και η υπογραφή σας

1. Συμφωνείτε να επιτρέψετε στο Marketplace να χρησιμοποιεί δεδομένα εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών από φορολογικές δηλώσεις,

για τα επόμενα 5 χρόνια; ☐ Ναι ☐ Όχι

Για να προσδιορίσετε ευκολότερα την καταλληλότητά σας για βοήθεια για την πληρωμή κάλυψης τα επόμενα χρόνια, μπορείτε να συμφωνήσετε να επιτρέψετε στο Marketplace να χρησιμοποιεί ενημερωμένα δεδομένα εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών από φορολογικές δηλώσεις. Το Marketplace θα σας στείλει μια ειδοποίηση και θα σας επιτρέψει να κάνετε τυχόν αλλαγές. Το Marketplace θα ελέγξει για να βεβαιωθεί ότι εξακολουθείτε να πληροίτε τις προϋποθέσεις και ίσως χρειαστεί να σας ζητήσει να επιβεβαιώσετε ότι το εισόδημά σας εξακολουθεί να πληροί τις προϋποθέσεις. Μπορείτε να εξαιρεθείτε ανά πάσα στιγμή.

Εάν όχι, ενημερώστε αυτόματα τις πληροφορίες μου για το επόμενο: ☐ 5 χρόνια ☐ 4 χρόνια ☐ 3 χρόνια ☐ 2 χρόνια ☐ 1 χρόνο

☐ Μην χρησιμοποιείτε τα φορολογικά δεδομένα μου για να ανανεώσετε την καταλληλότητά μου για βοήθεια σχετικά με την πληρωμή για υγειονομική κάλυψη (η ενεργοποίηση αυτής της επιλογής μπορεί να επηρεάσει τη δυνατότητά σας να λάβετε βοήθεια για την πληρωμή της κάλυψης κατά την ανανέωση).

2. Είναι κάποιος που υποβάλλει αίτηση για ασφάλιση υγείας σε αυτήν την αίτηση φυλακισμένος (κρατούμενος ή φυλακισμένος); ☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, πείτε μας το όνομα του ατόμου. Το όνομα του φυλακισμένου είναι:

☐ Συμπληρώστε εδώ εάν αυτό το άτομο αντιμετωπίζει διάθεση κατηγοριών.

Αν κάποιος στην εφαρμογή σας εγγραφεί στην κάλυψη του Marketplace και αργότερα διαπιστωθεί ότι διαθέτει άλλη κατάλληλη κάλυψη υγείας (όπως Medicare, Medicaid ή CHIP), το Marketplace θα τερματίσει αυτόματα την κάλυψη του προγράμματος Marketplace. Με αυτόν τον τρόπο, θα διασφαλιστεί ότι όποιος διαπιστωθεί ότι έχει άλλη κάλυψη που πληροί τις προϋποθέσεις δεν θα παραμείνει εγγεγραμμένος στην κάλυψη του Marketplace και θα πρέπει να πληρώσει ολόκληρο το κόστος.

☐ Συμφωνώ να επιτρέψω στο Marketplace να τερματίσει την κάλυψη του Marketplace από τα άτομα που συμμετέχουν στην αίτησή μου σε αυτήν την περίπτωση.

☐ Δεν δίνω άδεια στο Marketplace να τερματίσει την κάλυψη του Marketplace σε αυτήν την περίπτωση. Κατανόω ότι τα άτομα που επηρεάζονται στην αίτησή μου δεν θα είναι πλέον επιλέξιμα για οικονομική βοήθεια και πρέπει να πληρώσουν ολόκληρο το κόστος για το πρόγραμμα Marketplace τους.

Εάν κάποιος σε αυτήν την εφαρμογή είναι επιλέξιμος για το Medicaid:

• Δίνω στον οργανισμό Medicaid τα δικαιώματά μας να επιδιώξουμε και να λάβουμε χρήματα από άλλη ασφάλιση υγείας, νομικούς διακανονισμούς ή άλλα τρίτα μέρη. Δίνω επίσης στον οργανισμό Medicaid δικαιώματα να επιδιώξει και να λάβει ιατρική υποστήριξη από σύζυγο ή γονέα.

• Έχει κάποιος παιδί σε αυτήν την εφαρμογή γονέα που ζει εκτός σπιτιού; ☐ Ναι ☐ Όχι

• Εάν ναι, ξέρω ότι θα μου ζητηθεί να συνεργαστώ με τον οργανισμό που συλλέγει ιατρική υποστήριξη από έναν απόντα γονέα. Εάν πιστεύω ότι η συνεργασία για τη συλλογή ιατρικής υποστήριξης θα βλάψει εμένα ή τα παιδιά μου, μπορώ να πω στο Medicaid και ίσως να μην χρειαστεί να συνεργαστώ.

• Υπογράφω αυτήν την αίτηση επί ποινή ψευδορκίας, πράγμα που σημαίνει ότι έχω δώσει αληθινές απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις αυτής της φόρμας εξ όσων γνωρίζω. Γνωρίζω ότι ενδέχεται να υποστεί κυρώσεις βάσει της ομοσπονδιακής νομοθεσίας εάν παράσχω σκόπιμα ψευδείς ή αναληθείς πληροφορίες.

• Γνωρίζω ότι πρέπει να ενημερώσω το Health Insurance Marketplace® εντός 30 ημερών εάν αλλάξει κάτι (και είναι διαφορετικό από αυτό που έγραψα σε αυτήν την αίτηση. Μπορώ να επισκεφθώ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) στο ή να καλέσω **1-800-318-2596** για να αναφέρω τυχόν αλλαγές. Κατανόω ότι μια αλλαγή στα στοιχεία μου θα μπορούσε να επηρεάσει την καταλληλότητά μου, καθώς και την επιλεξιμότητά μου για μέλη του νοικοκυριού μου.

• Γνωρίζω ότι σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο, οι διακρίσεις δεν επιτρέπονται με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, την ταυτότητα φύλου ή την αναπηρία. Μπορώ να υποβάλω καταγγελία για διακρίσεις μεταβαίνοντας στο [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint).

• Γνωρίζω ότι οι πληροφορίες σε αυτό το έντυπο θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τον προσδιορισμό της επιλεξιμότητας για κάλυψη υγείας, βοήθεια για πληρωμή κάλυψης (εάν ζητηθεί) και για νόμιμους σκοπούς του Marketplace και των προγραμμάτων που βοηθούν στην πληρωμή της κάλυψης.

Χρειαζόμαστε αυτές τις πληροφορίες για να ελέγξουμε την καταλληλότητά σας για βοήθεια σχετικά με την πληρωμή για κάλυψη υγείας, εάν επιλέξετε να υποβάλετε αίτηση. Θα ελέγξουμε τις απαντήσεις σας χρησιμοποιώντας πληροφορίες στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και βάσεις δεδομένων μας από την Υπηρεσία Εσωτερικών Εσόδων (IRS), την Κοινωνική Ασφάλιση, το Υπουργείο Εσωτερικής Ασφάλειας ή/και μια υπηρεσία αναφοράς καταναλωτών. Εάν οι πληροφορίες δεν ταιριάζουν, ενδέχεται να σας ζητήσουμε να μας στείλετε επιβεβαίωση.

Τι πρέπει να κάνω αν πιστεύω ότι η Ειδοποίηση επιλεξιμότητάς μου είναι λανθασμένη;

Θα λάβετε μια ειδοποίηση επιλεξιμότητας μέσω ταχυδρομείου μετά την επεξεργασία της αίτησής σας. Εάν δεν συμφωνείτε με το τι πληροίτε τις προϋποθέσεις, σε πολλές περιπτώσεις, μπορείτε να ζητήσετε επανεξέταση. Διαβάστε την Ειδοποίηση καταλληλότητας για να βρείτε οδηγίες επανεξέτασης ειδικά για κάθε άτομο στο νοικοκυριό σας που υποβάλλει αίτηση για κάλυψη, συμπεριλαμβανομένου του αριθμού των ημερών που έχετε στη διάθεσή σας για να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης. Ακολουθούν σημαντικές πληροφορίες που πρέπει να λάβετε υπόψη όταν ζητάτε αίτημα επανεξέτασης:

• Αν θέλετε, μπορείτε να ζητήσετε από κάποιον να υποβάλει αίτημα επανεξέτασης ή να συμμετάσχει στο αίτημα επανεξέτασης. Αυτό το άτομο μπορεί να είναι φίλος, συγγενής, δικηγόρος ή άλλο άτομο. Εναλλακτικά, μπορείτε να ζητήσετε και να συμμετάσχετε στην ένστασή σας μόνοι σας.

• Αν υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης, ενδέχεται να μπορείτε να διατηρήσετε την καταλληλότητά σας για κάλυψη ενόσω εκκρεμεί το αίτημα επανεξέτασης.

• Το αποτέλεσμα μιας ένστασης μπορεί να αλλάξει την επιλεξιμότητα άλλων μελών του νοικοκυριού σας.

Για να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης για τα αποτελέσματα καταλληλότητας του Marketplace, επισκεφτείτε τη διεύθυνση [HealthCare.gov/marketplace-appeals](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals).

Εναλλακτικά, καλέστε το τηλεφωνικό κέντρο του Marketplace στο **1-800-318-2596**. TTY μπορούν να καλέσουν στο **1-855-889-4325**. Μπορείτε επίσης να ταχυδρομήσετε ένα έντυπο αίτησης ένστασης ή τη δική σας επιστολή ζητώντας προσφυγή στη διεύθυνση **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., Λονδίνο, KY 40750-0001. Μπορείτε να υποβάλετε ένσταση καταλληλότητας για αγορά κάλυψης υγείας μέσω του Marketplace, περιόδων εγγραφής, πιστώσεων φόρου, μειώσεων επιμερισμού κόστους, Medicaid και CHIP, εάν σας αρνήθηκαν. Αν πληροίτε τις προϋποθέσεις για εκπτώσεις φόρου ή μειώσεις επιμερισμού κόστους, μπορείτε να υποβάλετε αίτημα επανεξέτασης για το ποσό που καθορίσαμε ότι πληροίτε τις προϋποθέσεις. Ανάλογα με την πολιτεία σας, ενδέχεται να μπορείτε να υποβάλετε ένσταση μέσω του Marketplace ή ίσως χρειαστεί να υποβάλετε ένσταση στον κρατικό οργανισμό Medicaid ή CHIP.

Το ΑΤΟΜΟ 1 θα πρέπει να υπογράψει την παρούσα αίτηση. Εάν είστε εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος, μπορείτε να υπογράψετε εδώ εφόσον το ΑΤΟΜΟ 1 υπογράψει το Παράρτημα C.

Υπογραφή	Ημερομηνία υπογραφής (μμ/ηη/εεεε)

Εάν υπογράψετε αυτήν την αίτηση εκτός της Ανοικτής εγγραφής (1 Νοεμβρίου–15 Ιανουαρίου), βεβαιωθείτε ότι έχετε διαβάσει το Παράρτημα D ("Ερωτήσεις σχετικά με αλλαγές στη ζωή").



ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ; Επισκεφθείτε τη διεύθυνση [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ή καλέστε μας στο **1-800-318-2596**. Εάν χρειάζεστε βοήθεια σε γλώσσα διαφορετική από τα αγγλικά, καλέστε το **1-800-318-2596** και πείτε στον αντιπρόσωπο εξυπηρέτησης πελατών τη γλώσσα που χρειάζεστε. Θα σας βοηθήσουμε χωρίς κόστος για εσάς. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν το **1-855-889-4325**.



Βήμα 6: Στείλε με Mail την συμπληρωμένη αίτηση



Ταχυδρομήστε την υπογεγραμμένη αίτησή σας στη διεύθυνση:

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

Λήψη βοήθειας σε γλώσσα διαφορετική από τα Αγγλικά

Εάν εσείς, ή κάποιος που βοηθάτε, έχετε ερωτήσεις σχετικά με την Health Insurance Marketplace®, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς κόστος για εσάς. Για να μιλήσετε με διερμηνέα, καλέστε στο **1-800-318-2596**.

Ακολουθεί μια λίστα με ορισμένες από τις διαθέσιμες γλώσσες και το ίδιο μήνυμα που παρέχεται παραπάνω σε αυτές τις γλώσσες:

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.

Δήλωση γνωστοποίησης PRA: Σύμφωνα με τον νόμο περί μείωσης της γραφειοκρατίας του 1995, κανένα άτομο δεν υποχρεούται να απαντήσει σε μια συλλογή πληροφοριών, εκτός εάν εμφανίζει έγκυρο αριθμό ελέγχου OMB. Ο έγκυρος αριθμός ελέγχου OMB για αυτήν τη συλλογή πληροφοριών είναι 0938-1191. Ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση αυτής της συλλογής πληροφοριών εκτιμάται ότι είναι κατά μέσο όρο 45 λεπτά ανά απάντηση, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου για την αναθεώρηση των οδηγιών, την αναζήτηση υφιστάμενων πόρων δεδομένων, τη συλλογή των απαιτούμενων δεδομένων και την ολοκλήρωση και αναθεώρηση της συλλογής πληροφοριών. Εάν έχετε παρατηρήσεις σχετικά με την ακρίβεια της εκτίμησης ή των χρονικών εκτιμήσεων ή προτάσεις για τη βελτίωση αυτού του εντύπου, παρακαλείσθε να γράψετε στη διεύθυνση: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ; Επισκεφθείτε τη διεύθυνση [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ή καλέστε μας στο **1-800-318-2596**. Εάν χρειάζεστε βοήθεια σε γλώσσα διαφορετική από τα αγγλικά, καλέστε το **1-800-318-2596** και πείτε στον αντιπρόσωπο εξυπηρέτησης πελατών τη γλώσσα που χρειάζεστε. Θα σας βοηθήσουμε χωρίς κόστος για εσάς. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν το **1-855-889-4325**.

Λήψη βοήθειας σε γλώσσα διαφορετική από τα Αγγλικά (συνέχεια)

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.

Русский (Russian)

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

Français (French)

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

Deutsch (German)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

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

Português (Portuguese)

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

Italiano (Italian)

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

日本語 (Japanese)

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

Δήλωση γνωστοποίησης PRA: Σύμφωνα με τον νόμο περί μείωσης της γραφειοκρατίας του 1995, κανένα άτομο δεν υποχρεούται να απαντήσει σε μια συλλογή πληροφοριών, εκτός εάν εμφανίζει έγκυρο αριθμό ελέγχου OMB. Ο έγκυρος αριθμός ελέγχου OMB για αυτήν τη συλλογή πληροφοριών είναι 0938-1191. Ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση αυτής της συλλογής πληροφοριών εκτιμάται ότι είναι κατά μέσο όρο 45 λεπτά ανά απάντηση, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου για την αναθεώρηση των οδηγιών, την αναζήτηση υφιστάμενων πόρων δεδομένων, τη συλλογή των απαιτούμενων δεδομένων και την ολοκλήρωση και αναθεώρηση της συλλογής πληροφοριών. Εάν έχετε παρατηρήσεις σχετικά με την ακρίβεια της εκτίμησης ή των χρονικών εκτιμήσεων ή προτάσεις για τη βελτίωση αυτού του εντύπου, παρακαλείσθε να γράψετε στη διεύθυνση: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



ΧΡΕΙΑΖΕΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΣΑΣ; Επισκεφθείτε τη διεύθυνση [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ή καλέστε μας στο **1-800-318-2596**. Εάν χρειάζεστε βοήθεια σε γλώσσα διαφορετική από τα αγγλικά, καλέστε το **1-800-318-2596** και πείτε στον αντιπρόσωπο εξυπηρέτησης πελατών τη γλώσσα που χρειάζεστε. Θα σας βοηθήσουμε χωρίς κόστος για εσάς. Οι χρήστες TTY μπορούν να καλέσουν το **1-855-889-4325**.



Προσάρτημα Α: Κάλυψη Υγείας από Θέσεις Εργασίας

Εσείς **ΔΕΝ** χρειάζεται να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις, εκτός εάν κάποιος στο νοικοκυριό είναι επιλέξιμος για κάλυψη υγείας από μια εργασία, ακόμη και αν δεν αποδέχεται την κάλυψη. Επίσης, δεν χρειάζεται να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις εάν η μόνη κάλυψη που προσφέρεται σε κάποιον είναι το COBRA. Επισυνάψτε ένα αντίγραφο αυτής της σελίδας για κάθε εργασία που προσφέρει κάλυψη.

Πείτε μας για τη δουλειά που προσφέρει κάλυψη.

Δημιουργήστε ένα αντίγραφο αυτής της σελίδας και μεταφέρετέ το στον εργοδότη που προσφέρει κάλυψη για να σας βοηθήσει να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις.

Πληροφορίες εργαζομένων

1. Όνομα υπαλλήλου (Πρώτο, Μεσαίο, Τελευταίο)	2. Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης εργαζομένων (SSN)

Πληροφορίες εργοδότη

3. Όνομα εργοδότη/εταιρείας	
4. Αριθμός αναγνώρισης εργοδότη (EIN)	5. Αριθμός τηλεφώνου εργοδότη

Τώρα, εισαγάγετε τις πληροφορίες του ατόμου ή του τμήματος που διαχειρίζεται τις παροχές των εργαζομένων. Ενδέχεται να επικοινωνήσουμε με αυτό το άτομο εάν χρειαζόμαστε περισσότερες πληροφορίες:

6. Άτομο ή τμήμα με το οποίο μπορούμε να επικοινωνήσουμε σχετικά με την κάλυψη υγείας των εργαζομένων		
7. Διεύθυνση εργοδότη (η Αγορά μπορεί να στείλει ειδοποιήσεις σε αυτήν τη διεύθυνση)		
8. Πόλη	9. Πολιτεία	10. Ταχυδρομικός κώδικας
11. Αριθμός τηλεφώνου (εάν διαφέρει από τον παραπάνω)	12. Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου	

13. Προσφέρεται στον εργαζόμενο υγειονομική κάλυψη από αυτόν τον εργοδότη; Επιλέξτε "ναι" μόνο εάν θα έχει προσφορά κάλυψης από τις αρχές του επόμενου μήνα ή από την 1η Ιανουαρίου εάν υποβάλει αίτηση κατά τη διάρκεια της Ανοικτής εγγραφής (1 Νοεμβρίου έως 15 Ιανουαρίου).

☐ **ΝΑΙ** (συνέχεια) ☐ **ΟΧΙ (ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ: ΣΤΑΜΑΤΗΣΤΕ και επιστρέψτε αυτή τη φόρμα στον εργαζόμενο. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ: Επιστρέψτε στην αίτησή σας για κάλυψη από το Marketplace.)**

Προσφέρει ο εργοδότης πρόγραμμα υγείας που καλύπτει τον/τη σύζυγο ή τα εξαρτώμενα μέλη του εργαζομένου;

☐ **ΝΑΙ.** Εάν ναι, ποιοι άνθρωποι; ☐ Σύζυγος ☐ Εξαρτώμενο(α) μέλος(-η) ☐ **ΑΡΙΘ.** (Πηγαίνετε στην ερώτηση 14.)

Αναφέρετε τα ονόματα οποιουδήποτε άλλου στο νοικοκυριό του υπαλλήλου που πληροί τις προϋποθέσεις για κάλυψη από αυτήν τη δουλειά.

Όνομα
Όνομα
Όνομα

συνέχεια στην επόμενη σελίδα



Πείτε μας για την κάλυψη υγείας που προσφέρει αυτός ο εργοδότης.

14. Τα προγράμματα που προσφέρονται από τον εργοδότη πληρούν το πρότυπο ελάχιστης αξίας*;

☐ **ΝΑΙ** (Μεταβείτε στην ερώτηση 15.) ☐ **ΟΧΙ** (ΣΤΑΜΑΤΗΣΤΕ και επιστρέψτε αυτό το έντυπο στον υπάλληλο.)

15. Πόσο θα πρέπει να πληρώσει ο εργαζόμενος για το πρόγραμμα χαμηλότερου κόστους που προσφέρεται **μόνο στον εργαζόμενο** που πληροί το πρότυπο ελάχιστης αξίας*; Μην συμπεριλάβετε οικογενειακά προγράμματα.

a. Ο εργαζόμενος θα καταβάλει αυτό το ασφάλιστρο: \$

Σημείωση: Εισαγάγετε το χαμηλότερο ποσό που θα μπορούσε να πληρώσει ο εργαζόμενος για κάλυψη υγείας.

b. Ο εργαζόμενος θα πλήρωνε αυτό το ποσό: ☐ Εβδομαδιαία ☐ Κάθε 2 εβδομάδες ☐ Δύο φορές το μήνα ☐ Μία φορά το μήνα ☐ Τρίμηνο ☐ Ετήσιο

16. **Εάν άλλα μέλη του νοικοκυριού αναφέρονται για την ερώτηση 13:** Πόσο θα πλήρωνε ο εργαζόμενος για το πρόγραμμα χαμηλότερου κόστους που καλύπτει τον εργαζόμενο και τα μέλη του νοικοκυριού που αναφέρονται στην ερώτηση 13; Εάν ο εργοδότης προσφέρει προγράμματα ευεξίας, εισαγάγετε το ασφάλιστρο που θα πλήρωνε ο εργαζόμενος εάν ο εργαζόμενος είχε τη μέγιστη έκπτωση για οποιαδήποτε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος και δεν έλαβε άλλες εκπτώσεις βάσει προγραμμάτων ευεξίας.

a. Ο εργαζόμενος θα πληρώσει αυτό το ασφάλιστρο: \$

b. Ο εργαζόμενος θα πληρώσει αυτό το ποσό: ☐ Εβδομαδιαία ☐ Κάθε 2 εβδομάδες ☐ Δύο φορές το μήνα ☐ Μία φορά το μήνα ☐ Τρίμηνο ☐ Ετήσιο

* Ένα πρόγραμμα υγείας πληροί το πρότυπο ελάχιστης αξίας εάν πληρώνει τουλάχιστον το 60% του συνολικού κόστους ιατρικών υπηρεσιών για έναν τυπικό πληθυσμό και προσφέρει σημαντική κάλυψη νοσοκομείου και γιατρού υπηρεσίες. Τα περισσότερα προγράμματα που βασίζονται στην εργασία πληρούν το πρότυπο ελάχιστης αξίας.





Προσάρτημα Β:





Προσάρτημα C: Βοήθεια με τη συμπλήρωση αυτής της αίτησης

Μόνο για πιστοποιημένους συμβούλους εφαρμογών, πλοηγούς, πράκτορες και μεσίτες

Συμπληρώστε αυτήν την ενότητα εάν είστε πιστοποιημένος σύμβουλος εφαρμογών, πλοηγός, πράκτορας ή μεσίτης που συμπληρώνει αυτήν την αίτηση για κάποιον άλλο.

1. Ημερομηνία έναρξης εφαρμογής (μμ/ηη/εεεε)	
2. Όνομα, Μεσαίο όνομα, Επώνυμο & Επίθημα	
3. Όνομα οργανισμού	
4. Αριθμός ταυτότητας (εάν υπάρχει)	5. Μόνο πράκτορες/μεσίτες: Αριθμός NPN

Μπορείτε να επιλέξετε έναν εξουσιοδοτημένο αντιπρόσωπο.

Μπορείτε να δώσετε σε ένα έμπιστο άτομο την άδεια να μιλήσει για αυτήν την εφαρμογή μαζί μας, access τις πληροφορίες σας και να ενεργήσει για εσάς σε θέματα που σχετίζονται με αυτήν την εφαρμογή, συμπεριλαμβανομένης της λήψης πληροφοριών σχετικά με την αίτησή σας και της υπογραφής της αίτησής σας εκ μέρους σας. Αυτό το άτομο ονομάζεται "εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος". Αν χρειαστεί ποτέ να αλλάξετε ή να αφαιρέσετε τον εξουσιοδοτημένο αντιπρόσωπό σας, επικοινωνήστε με το Marketplace. Εάν είστε νόμιμα διορισμένος εκπρόσωπος για κάποιον σε αυτήν την αίτηση, υποβάλετε αποδεικτικά στοιχεία μαζί με την αίτηση.

1. Όνομα εξουσιοδοτημένου αντιπροσώπου (Όνομα, Μεσαίο όνομα, Επώνυμο)			
2. Διεύθυνση		3. Διεύθυνση κατοικίας 2	
4. Πόλη	5. Πολιτεία	6. Ταχυδρομικός κώδικας	
7. Αριθμός τηλεφώνου			
8. Όνομα οργανισμού			
9. Αριθμός ταυτότητας (εάν υπάρχει)			

Με την υπογραφή, επιτρέπεται σε αυτό το άτομο να υπογράψει την αίτησή σας, να λάβει επίσημες πληροφορίες σχετικά με αυτήν την αίτηση και να ενεργήσει για εσάς σε όλα τα μελλοντικά θέματα που σχετίζονται με αυτήν την αίτηση.

10. Υπογραφή του ΑΤΟΜΟΥ 1 που αναγράφεται στην παρούσα αίτηση	11. Ημερομηνία υπογραφής (μμ/ηη/εεεε)





Προσάρτημα D: Ερωτήσεις σχετικά με τις αλλαγές στη ζωή

(Πρέπει να συμπληρώσετε την υπόλοιπη αίτηση μαζί με αυτήν τη σελίδα. Μην υποβάλετε αυτήν τη σελίδα από μόνη της.)

Εάν κάποιος σε αυτήν την εφαρμογή αντιμετώπισε ορισμένες αλλαγές στη ζωή - όπως απώλεια υγειονομικής κάλυψης, γάμος ή απόκτηση μωρού - τις τελευταίες 60 ημέρες (ή αναμένει να το κάνει τις επόμενες 60 ημέρες), συμπληρώστε αυτήν τη σελίδα και συμπεριλάβετε την στην ολοκληρωμένη, υπογεγραμμένη αίτησή σας. Ορισμένες αλλαγές στη ζωή σας επιτρέπουν να ξεκινήσει αμέσως η κάλυψή σας μέσω του Marketplace. Σας συνιστούμε επίσης να απαντήσετε σε αυτές τις ερωτήσεις αν υποβάλλατε αίτηση εκτός της Ανοικτής εγγραφής (1 Νοεμβρίου-15 Ιανουαρίου).

Αυτές οι ερωτήσεις είναι προαιρετικές. Εάν οι συνθήκες της ζωής σας δεν έχουν αλλάξει, μπορείτε να αφήσετε τις απαντήσεις κενές. Μπορείτε να εγγραφείτε στο Medicaid και στο Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας των Παιδιών (CHIP) οποιαδήποτε στιγμή του χρόνου, ακόμα κι αν δεν βιώσατε αλλαγές στη ζωή. Τα μέλη των ομοσπονδιακά αναγνωρισμένων φυλών και οι ιθαγενείς μέτοχοι της Αλάσκας μπορούν να εγγραφούν στην κάλυψη μέσω του Marketplace οποιαδήποτε στιγμή του έτους.

Πείτε μας για τις αλλαγές στο νοικοκυριό σας.

1. Έχασε κανείς την κατάλληλη υγειονομική κάλυψη τις τελευταίες 60 ημέρες ή περίμενε να χάσει την κατάλληλη υγειονομική κάλυψη τις επόμενες 60 ημέρες;

Όνομα(τα)	Ημερομηνία λήξης ή λήξης της κάλυψης (μμ/ηη/εεεε)

2. Παντρεύτηκε κανείς τις τελευταίες 60 ημέρες;

Όνομα(τα)	Ημερομηνία (μμ/ηη/εεεε)

a. Είχε κάποιος από αυτούς τους ανθρώπους κατάλληλη υγειονομική κάλυψη οποιαδήποτε στιγμή τις τελευταίες 60 ημέρες;..... ☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, καταχωρίστε το όνομα ή τα ονόματά τους παρακάτω:

Όνομα(τα)

--

3. Απελευθερώθηκε κανείς από τη φυλακή (κράτηση ή φυλακή) τις τελευταίες 60 ημέρες;

Όνομα(τα)	Ημερομηνία (μμ/ηη/εεεε)

4. Απέκτησε κανείς επιλέξιμο καθεστώς μετανάστευσης τις τελευταίες 60 ημέρες;

Όνομα(τα)	Ημερομηνία (μμ/ηη/εεεε)

5. Υιοθετήθηκε, δόθηκε κάποιος για υιοθεσία ή τοποθετήθηκε για ανάδοχη φροντίδα τις τελευταίες 60 ημέρες;

Όνομα(τα)	Ημερομηνία (μμ/ηη/εεεε)

6. Έγινε κάποιος εξαρτώμενος λόγω διατροφής τέκνου ή άλλης δικαστικής απόφασης τις τελευταίες 60 ημέρες;

Όνομα(τα)	Ημερομηνία (μμ/ηη/εεεε)

7. Μετακόμισε κανείς τις τελευταίες 60 ημέρες;

Όνομα(τα)	Ημερομηνία μετακίνησης (μμ/ηη/εεεε)

a. Ποιος είναι ο ταχυδρομικός κώδικας της προηγούμενης διεύθυνσής σας; ☐ Συμπληρώστε εδώ αν μετακομίσατε από ξένη χώρα ή επικράτεια των ΗΠΑ

--

b. Είχε κάποιος από αυτούς τους ανθρώπους κατάλληλη υγειονομική κάλυψη οποιαδήποτε στιγμή τις τελευταίες 60 ημέρες;..... ☐ Ναι ☐ Όχι

Εάν ναι, καταχωρίστε το όνομα ή τα ονόματά τους παρακάτω:

Όνομα(τα)

--