Health Insurance Marketplace

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

স্বাস্থ্য কভারেজ এবং খরচে সাহায্যের জন্য আবেদন পত্র

অনলাইনে দ্রুততর আবেদন করুন এখানে HealthCare.gov

আপনি কোন ধরণের কভারেজের জন্য যোগ্য তা জানতে এই আবেদন পত্রটি ব্যবহার করুন

- যেসব মার্কেটপ্লেস পরিকল্পনা আপনাকে সুস্থ থাকতে সহায়তা করার জন্য স্বয়ংসম্পূর্ণ কভারেজ দেয়।
- এমন একটি ট্যাক্স ক্রেডিট যা আপনাকে অবিলম্বে স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য আপনার প্রিমিয়ামগুলো কমিয়ে আনতে সাহায্য করবে।
- মেডিকেইড অথবা চিলড্রেন'স হেলথ ইনস্যুরেন্স প্রোগ্রাম (CHIP) এর মাধ্যমে বিনামূল্যে অথবা স্বল্প-মূল্যে কভারেজ। **নির্দিষ্ট পর্যায়ের কিছু উপার্জন হয়তো বিনামূল্যের বা স্বল্প-মূল্যের কর্মসূচিগুলোর জন্য যোগ্য বিবেচিত হতে পারে।**

কারা এই আবেদন পত্রটি ব্যবহার করতে পারেন?

- আপনার পরিবারের যেকোনো সদস্যের জন্য আবেদন করতে এই আবেদনপত্র ব্যবহার করুন।
- **আপনার, আপনার স্বামী/স্ত্রী কিংবা সন্তানের ইতোমধ্যে হেলথ কভারেজ থেকে থাকলেও আবেদন করুন। হয়তো আপনি বিনামূল্যের বা স্বল্প-মূল্যের কভারেজগুলোর জন্য যোগ্য বিবেচিত হবেন।**
- আপনি যদি একক হন, তাহলে আপনি হয়তো একটি সংক্ষিপ্ত ফর্ম ব্যবহার করতে সক্ষম হতে পারেন। দেখুন HealthCare.gov.
- যেসব পরিবারে কোনো যোগ্য অভিবাসী থাকবে তারাও আবেদন করতে পারবে। আপনি কভারেজের জন্য যোগ্য না হলে আপনার সন্তানের জন্য আবেদন করতে পারেন। আবেদন করলে আপনার অভিবাসন স্থিতি পরিবর্তিত হবে না অথবা এই দেশের একজন স্থায়ী বাসিন্দা বা নাগরিক হওয়ার ক্ষেত্রে আপনার সম্ভাবনাও কমে যাবে না।
- যদি কেউ আপনাকে এই আবেদন পত্রটি পূরণ করতে সাহায্য করে থাকে, আপনাকে হয়তো পরিশিষ্ট C সম্পন্ন করতে হতে পারে।

আবেদন করার জন্য আপনার কি প্রয়োজন হতে পারে

- সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (SSN) (অথবা কভারেজ প্রয়োজন এমন যেকোনো যোগ্য অভিবাসীর জন্য নথিপত্র নম্বর)।
- আপনার পরিবারের প্রত্যেকের জন্য নিয়োগকর্তা এবং উপার্জন তথ্য (যেমন পে স্টাবস বা আয় বিবরণী, W-2 ফর্ম, অথবা বেতন ও ট্যাক্স বিবৃতি)।
- যে কোন বর্তমান স্বাস্থ্য বীমার নীতি নাম্বার।
- আপনার পরিবারের জন্য সহজলভ্য আছে এমন যেকোনো চাকরি-সম্পর্কিত স্বাস্থ্য-বীমা বিষয়ক তথ্য।

আমরা কেন এই তথ্যগুলো জিজ্ঞেস করি?

আপনি কোন কভারেজের জন্য যোগ্য তা জানাতে আমরা আয় এবং অন্যান্য তথ্য সম্পর্কে জিজ্ঞেস করি এবং যদি আপনি পরিশোধের জন্য কোন সাহায্য পেতে পারেন। **আপনার সমস্ত তথ্য আমরা ব্যক্তিগত এবং নিরাপদ রাখব, যেভাবে আইনত প্রয়োজন।** প্রাইভেসি অ্যাক্ট স্টেটমেন্টের জন্য HealthCare.gov এ ভিজিট করুন অথবা নির্দেশনা দেখুন।

এরপর কি হবে?

আপনার নিজের কাছে সংরক্ষণ করার জন্য একটি কপি করে সেটা রাখুন এবং সম্পূর্ণ আবেদন পত্রটি পূরণ করে স্বাক্ষর করে পাতা 10-এর ঠিকানায় পাঠিয়ে দিন। **যদি আপনার কাছে সমস্ত তথ্য না থাকে যা আমরা জিজ্ঞেস করেছি, সাক্ষর করুন এবং যেভাবেই হোক আবেদন পত্রটি জমা দিন।** আমরা 1–2 সপ্তাহের মধ্যে আপনার সাথে যোগাযোগ করবো, **এবং আমাদের যদি আরও তথ্য প্রয়োজন হয় তবে হয়তো মার্কেটপ্লেস থেকে আপনাকে কল করা হবে।** আমরা আপনার আবেদনটি প্রক্রিয়া করার পরে আপনি যোগ্য কিনা তা সহ একটি মেইল নোটিফিকেশন পাবেন। নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে আমরা আপনার সাথে যোগাযোগ করতে ভুলে গেলে মার্কেটপ্লেস কল সেন্টারে কল করুন। এই আবেদনপত্র পূরণ করার মানে এই নয় যে আপনাকে অবশ্যই হেলথ কভারেজ কিনতে হবে।

এই আবেদন পত্রের মাধ্যমে সাহায্য নিন

- **অনলাইন:** HealthCare.gov.
- **ফোন:** মার্কেটপ্লেস কল কেন্দ্রে ফোন করুন এখানে **1-800-318-2596**. TTY ব্যবহারকারীগণ **1-855-889-4325** নম্বরে কল করতে পারবেন।
- **ব্যক্তিগত ভাবে:** আপনার এলাকাতে পরামর্শদাতা থাকতে পারেন যিনি সাহায্য করতে পারবেন। দেখুন HealthCare.gov, অথবা আরো তথ্য পেতে মার্কেটপ্লেস কল কেন্দ্রে ফোন করুন এখানে **1-800-318-2596**।
- **অন্যান্য ভাষা:** যদি ইংলিশ ছাড়া অন্য একটি ভাষায় আপনার সাহায্যের প্রয়োজন হয়, কল করুন **1-800-318-2596** এবং গ্রাহক পরিষেবা প্রতিনিধিকে আপনার প্রয়োজনীয় ভাষা বলুন। আমরা আপনাকে বিনা খরচে সাহায্য প্রদান করবো।

আপনার তথ্যগুলো একটি বোধগম্য ফরম্যাট, যেমন বড় অক্ষরের প্রিন্টে, ব্রেইলে বা অডিও ফরম্যাটে পাওয়ার অধিকার আছে। আপ র যরিদ ম্র্যন হয় দেয আপ র প্ররিত বৈষম্য করা হ্য়্যিছ তাহ্যল আপ র অরিভ্যযা য দ্যায়র করারও অরি ্যকার অ্যিছ।: **CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice** এ রিভ রিজট করুন অথ বা **1-800-318-2596** ন ম্বর কল করুন। TTY ব্যব রকারীরা **1-855-889-4325** ন ম্বর কল করুন।

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

শুধুমাত্র কালো বা গাঢ় নীল কালি ব্যবহার করে বড় হাতের অক্ষরে প্রিন্ট করুন।
বৃত্তগুলো (◯) এভাবে পূরণ করুন → ●.

ধাপ 1: আপনার সম্পর্কে বলুন

(আপনার আবেদনের ক্ষেত্রে যোগাযোগের মাধ্যম হিসাবে আমাদের আপনার পরিবারের একজন প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি প্রয়োজন।)

1. প্রথম নাম | মধ্যবর্তী নাম | শেষের নাম | প্রত্যয়

2. বাড়ীর ঠিকানা (খালি রাখুন যদি আপনার একটি না থাকে।) | 3. বাসার ঠিকানা 2

4. শহর | 5. রাষ্ট্র | 6. জিপ কোড | 7.কাউন্টি

8. চিঠি পাঠাবার ঠিকানা (যদি বাড়ীর ঠিকানা থেকে ভিন্ন হয়) | 9. চিঠি পাঠানোর ঠিকানা 2

10. শহর | 11. রাষ্ট্র | 12. জিপ কোড | 13. কাউন্টি

14. ফোন নম্বর ( ) - | 15. দ্বিতীয় ফোন নম্বর ( ) -

16. আপনি ইমেল দ্বারা এই অ্যাপ্লিকেশন সম্পর্কে তথ্য পেতে চান?............ ◯ হ্যাঁ ◯ না

ই-মেল ঠিকানা:

17. পছন্দের ভাষা: লিখিত | উচ্চারিত

ধাপ 2: আমাদেরকে আপনার পরিবার সম্পর্কে তথ্য দিন।

এই আবেদন পত্রে আপনার কাকে অন্তর্ভুক্ত করা প্রয়োজন?

আপনার পরিবারের প্রত্যেক সদস্যের জন্য ধাপ 2 এর পৃষ্ঠাগুলো পূরণ করুন। যেকোনো সদস্যের ইতোমধ্যে হেলথ কভারেজ থেকে থাকলেও পৃষ্ঠাগুলো পূরণ করুন। সবাই যাতে তাদের সামর্থ্য অনুযায়ী সবচেয়ে ভালো কভারেজ পেতে পারে তা নিশ্চিত করার কাজে এই আবেদনপত্রের তথ্যাবলী আমাদেরকে সাহায্য করে। আপনার পরিবারের সদস্য সংখ্যা এবং আপনার পরিবারের মানুষজন কেমন উপার্জন করতে পারে তার ভিত্তিতে আপনারা নির্দিষ্ট পরিমাণ সহায়তা পাবেন অথবা নির্দিষ্ট ধরণের কর্মসূচির জন্য যোগ্য বিবেচিত হবেন। কোনো সদস্যের ইতোমধ্যে স্বাস্থ্য কভারেজ থাকার কারণে আপনি যদি তাকে তালিকায় অন্তর্ভুক্ত না করেন, তাহলে আপনার যোগ্যতা নির্ধারণের ফলাফলে নেতিবাচক প্রভাব পড়বে।

প্রাপ্তবয়স্কদের কাদের কভারেজ প্রয়োজনঃ
এমনকি যদি কেউ **তাদের নিজেদের স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য আবেদন করছে না তাদের অন্তর্ভুক্ত করুনঃ**

- কোন স্ত্রী
- 21 বছরের কম বয়সী যেকোনো পুত্র কিংবা কন্যা যাদের সাথে তারা বসবাস করে, এর মধ্যে সৎ ছেলে-মেয়েও অন্তর্ভুক্ত
- একই আয়কর রিটার্ন এর সাথে জড়িত অন্য কোন ব্যাক্তি (কোন ২১ বছরের বেশী বয়সের সন্তান যাকে পিতা বা মাতার ট্যাক্স রিটার্ন এর উপর দাবি করা হয়)। আপনার স্বাস্থ্য কভারেজ পেতে ট্যাক্স ফাইল করবার প্রয়োজন নেই।

21 বছরের কম বয়সী শিশুদের জন্য যাদের কভারেজ প্রয়োজন
এমনকি যদি কেউ **তাদের নিজেদের স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য আবেদন করছে না তাদের অন্তর্ভুক্ত করুনঃ**

- কোন পিতামাতা (অথবা সৎ পিতামাতা) তাদের সাথে বাস করে
- কোন সহোদর তাদের সাথে বাস করে
- কোন ছেলে বা মেয়ে তাদের সাথে বাস করে, সৎছেলেমেয়ে অন্তর্ভুক্ত
- যেকোনো স্বামী/স্ত্রী যাদের সাথে তারা বসবাস করে
- একই রাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন এর সাথে জড়িত অন্য কোন ব্যক্তি। আপনার স্বাস্থ্য কভারেজ পেতে ট্যাক্স ফাইল করবার প্রয়োজন নেই।

আপনার পরিবারের প্রত্যেক সদস্যের জন্য ধাপ 2 সম্পন্ন করুন।

আপনাকে দিয়ে শুরু করুন, এরপর অন্যান্য প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তি এবং বাচ্চাদের অন্তর্ভুক্ত করুন। আপনার পরিবারের সদস্য সংখ্যা যদি 2 এর বেশি হয় তাহলে আপনাকে পৃষ্ঠাগুলোর একটি করে অনুলিপি করতে হবে এবং সেগুলো সাথে যুক্ত করে দিতে হবে।

পরিবারের যেসব সদস্যের স্বাস্থ্য কভারেজ প্রয়োজন নেই তাদের জন্য আপনাকে তাদের অভিবাসন স্থিতি কিংবা SSN দিতে হবে না। আপনার প্রদত্ত সকল তথ্য আমরা আইন অনুযায়ী গোপন এবং নিরাপদে রাখবো। শুধুমাত্র স্বাস্থ্য কভারেজে আপনার যোগ্যতা নির্ণয় করতে আমরা আপনার ব্যক্তিগত তথ্য ব্যবহার করবো।

সম্পন্ন করবেন না। এটি শুধুমাত্র তথ্য দেওয়ার উদ্দেশ্যে তৈরি করা হয়েছে।

ধাপ 2: ব্যাক্তি 1 (আপনাকে দিয়ে আরম্ভ করুন।)

আপনার জন্য, আপনার স্বামী-স্ত্রী/সঙ্গীর জন্য এবং আপনার সাথে বসবাসকারী নির্ভরশীলদের জন্য, এবং/অথবা আপনি একটি ফেডারেল ইনকাম ট্যাক্স রিটার্ন জমা দিয়ে থাকলে এর অন্তর্ভুক্ত যেকোনো ব্যক্তির জন্য ধাপ 2 সম্পূর্ণ করুন। কাদের কাদের অন্তর্ভুক্ত করতে হবে সে বিষয়ক বিস্তারিত তথ্যের জন্য পৃষ্ঠা 1 দেখুন। আপনি একটি ট্যাক্স রিটার্ন জমা না দিয়ে থাকলেও আপনার পরিবারের সদস্যদের যোগ করতে ভুলবেন না।

1. প্রথম নাম | মধ্যবর্তী নাম | শেষের নাম | প্রত্যয়

2. ব্যক্তি ১ এর সাথে সম্পর্ক? নিজ

3. আপনি কি বিবাহিত? ◯ হ্যাঁ ◯ না

4. জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)

5. লিঙ্গ ◯ মহিলা ◯ পুরুষ

6. **সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (এসএসএন)**

★ **যদি আপনি স্বাস্থ্য কভারেজ চান আমাদের একটি সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (এসএসএন)প্রয়োজন এবং একটি এসএসএন আছে অথবা একটি পেতে পারেন।** আমরা এসএসএন ব্যবহার করি আয় এবং অন্যান্য তথ্য চেক করি দেখতে যে স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য পরিশোধে কে কে সহায়তা পাওয়ার যোগ্য। SSN পাওয়া সম্পর্কিত বিস্তারিত তথ্যের জন্য **SSA.gov**, ওয়েবসাইট দেখুন অথবা 1-800-772-1213 নম্বরে সামাজিক নিরাপত্তা কর্তৃপক্ষকে কল করুন। TTY ব্যবহারকারীগণ 1-800-325-0778 নম্বরে কল করতে পারেন।

7. **আপনি কি আগামী বছর রাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন ফাইল করার পরিকল্পনা করছেন?** এমনকি যদি আপনি রাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন ফাইল না করে থাকেন আপনি এখনও কভারেজের জন্য আবেদন করতে পারেন।

◯ **হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ,** তাহলে a থেকে c আইটেমের মধ্যে উত্তর দিন। ◯ **না. যদি না,** তাহলে স্কিপ করে c আইটেমে যান।

a. আপনি কি স্ত্রীর সাথে যৌথভাবে ফাইল করবেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি হ্যাঁ, স্ত্রীর নাম লিখুনঃ

b. আপনি কি আপনার ট্যাক্স রিটার্ন এর উপর কোনো নির্ভরশীলদের দাবি করবেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি হ্যাঁ, এই তালিকায় নির্ভরশীলদের নাম(গুলো) লিখুনঃ

c. আপনাকে কি অন্য কারো ট্যাক্স রিটার্ন এ নির্ভরশীল হিসেবে দাবী করা হবে? ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি হ্যাঁ, যিনি ট্যাক্স ফাইল করেন তার নাম লিখুন: | ট্যাক্স ফাইল করা ব্যক্তির সাথে আপনি কিভাবে সম্পর্কিত?

8. আপনি কি গর্ভবতী? ◯ হ্যাঁ ◯ না a. **যদি হ্যাঁ,** এই গর্ভাবস্থায় আপনি কতজন শিশু আশা করছেন?

9. **আপনার কি স্বাস্থ্য কভারেজ প্রয়োজন?** এমনকি যদি আপনার স্বাস্থ্য কভারেজ থাকে, সেখানে ভালো কভারেজ অথবা স্বল্প খরচের সাথে একটি প্রোগ্রাম হতে পারে।

◯ **হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ,** নিম্নের সবগুলো প্রশ্নের উত্তর করুন। ◯ **না. যদি না,** পৃষ্ঠা ৩ এর আয় সংক্রান্ত প্রশ্নগুলো **এড়িয়ে যান।** এই পৃষ্ঠার বাকি অংশগুলো খালি রেখে দিন।

10. আপনার কি কোনো স্বাস্থ্য সংক্রান্ত বিশেষ চাহিদা রয়েছে, অথবা আপনার কি শারীরিক, মানসিক, অথবা অনুভূতি সংক্রান্ত কোনো সমস্যা রয়েছে যার কারণে আপনার স্বাভাবিক কাজকর্ম বাধাগ্রস্ত হয় (যেমন গোসল করা, কাপড় পরিধান করা, দৈনন্দিন জীবনের কাজকর্ম করা ইত্যাদি), অথবা আপনি কি বর্তমানে কোনো চিকিৎসালয় অথবা নার্সিং হোম-এ বসবাস করছেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

11. আপনি কি একজন **মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক** বা **মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয়তা** পেয়েছেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

12. আপনি কি একজন **নেচারালাইজড** অথবা **উদ্ভূত নাগরিক**? (এটা সাধারণত অর্থ করে আপনি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে জন্মগ্রহণ করেছেন।)

◯ **হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ,** ক এবং খ পূরণ করুন। ◯ **না। যদি না,** প্রশ্ন ১৩ তে অব্যাহত রাখুন

a. এলিয়েন নম্বর: | b. প্রশংসাপত্র নম্বর: | আপনি ক এবং খ সম্পন্ন করার পর, ১৪ নম্বর প্রশ্নতে চলে যান।

13. **আপনি যদি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয়তা না হন, তাহলে আপনার কোন যোগ্য অভিবাসন অবস্থা আছে কি?** ◯ **হ্যাঁ.** নথি প্রকার এবং আইডি নম্বর লিখুন। নির্দেশনাতে যান।

অভিবাসন নথি প্রকার | স্ট্যাটাস টাইপ (ঐচ্ছিক) | আপনার নাম লিখুন যেভাবে এটি আপনার অভিবাসন নথিতে প্রদর্শিত হয়

আপনার নাম লিখুন যেভাবে এটি আপনার অভিবাসন নথিতে প্রদর্শিত হয় | কার্ড নম্বর অথবা পাসপোর্ট নম্বর

সেভিস আইডি বা মেয়াদ শেষের তারিখ (ঐচ্ছিক) | অন্যান্য (ক্যাটাগরি কোড বা ইস্যুর দেশ)

a. আপনি কি ১৯৯৬ সাল থেকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে বসবাস করছেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

b. আপনি, বা আপনার স্ত্রী বা পিতামাতা, একজন যুদ্ধপ্রবীণ অথবা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীর একজন সক্রিয় কর্তব্যরত সদস্য? ◯ হ্যাঁ ◯ না

14. আপনি কি গত ৩ মাসের চিকিৎসা বিল পরিশোধের জন্য সাহায্য চান? ◯ হ্যাঁ ◯ না

15. আপনি কি কমপক্ষে ১৯ বছরের কম বয়সী অন্তত একজন সন্তানের সাথে বসবাস করেন, এবং আপনি কি মূল ব্যক্তি যে এই সন্তানের দেখাশুনা করেন? (হ্যাঁ নির্বাচন করুন যদি আপনি বা আপনার স্ত্রী এই সন্তানের দেখাশুনা করেন।) ◯ হ্যাঁ ◯ না

আপনার পরিবারে আপনার সাথে বসবাস করছে এমন 19 বছরের কম বয়সী কোনো বাচ্চা থাকলে তার নাম এবং তার সাথে আপনার সম্পর্ক লিখুন:

16. আপনি কি একজন পুরো-সময় শিক্ষার্থী? ◯ হ্যাঁ ◯ না

17. আপনি কি ১৮ বছর বা অধিক বয়সে পালিত কেন্দ্রে ছিলেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

পরবর্তী পৃষ্ঠাতে অব্যাহত রাখুন

ঐচ্ছিক: (এই তথ্যগুলো প্রদান করার মাধ্যমে আপনার কভারেজ পাওয়ার যোগ্যতা, প্ল্যান বেছে নেওয়ার সুযোগ বা খরচে কোনো প্রভাব পড়বে না।)

পূরণ করুন যা সব প্রযোজ্য।

19. জাতি:

○ সাদা ○ কালো অথবা আফ্রিকান আমেরিকান ○ আমেরিকান ইন্ডিয়ান অথবা আলাস্কা নেটিভ ○ ফিলিপিনো ○ জাপানিজ ○ কোরিয়ান ○ এশিয়ান ইন্ডিয়ান ○ চাইনিজ ○ ভিএতনামিজ ○ অন্যান্য এশিয়ান ○ নেটিভ হাওয়াইয়ান ○ গুয়ামানিয়ান বা চামোরো ○ সামোয়ান ○ অন্যান্য প্যাসিফিক ○ অন্যান্য

একটি উত্তর বেছে নিন।

20. জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গ (আপনার বার্থ সার্টিফিকেটে পাওয়া যেতে পারে):

○ মহিলা ○ পুরুষ ○ অন্যান্য: ○ আমি জানি না। ○ উত্তর দিতে চাই না

21. বর্তমান লিঙ্গ:

○ মহিলা ○ পুরুষ ○ ট্রান্সজেন্ডার মহিলা ○ ট্রান্সজেন্ডার পুরুষ ○ অন্য কিছু: ○ আমি জানি না। ○ উত্তর দিতে চাই না

22. যৌন অভিমুখীতা:

○ বাই সেক্সুয়াল ○ লেসবিয়ান বা গে ○ স্ট্রেইট (লেসবিয়ান বা গে না) ○ অন্য কিছু: ○ আমি জানি না। ○ উত্তর দিতে চাই না

ধাপ 2: ব্যাক্তি 1 (নিজের কথা চালিয়ে যান।)

বর্তমান কাজ এবং আয়ের তথ্য

○ **নিযুক্তিঃ** যদি আপনি বর্তমানে কর্মরত থাকেন, আপনার উপার্জন সম্পর্কে বলুন। আইটেম 23 দিয়ে শুরু করুন।

○ **নিযুক্ত নয়ঃ** আইটেম 33 এ চলে যান।

○ **আত্মকর্মসংস্থান:** আইটেম 32 এ চলে যান।

বর্তমান কাজ 1:

23. নিয়োগকর্তার নাম

a. নিয়োগকর্তার ঠিকানা (ঐচ্ছিক)

b. শহর

c. রাষ্ট্র

d. জিপ কোড

24. নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর ( ) -

25. মজুরী/ টিপস (ট্যাক্সের আগে) $

○ ঘন্টায় ○ সাপ্তাহিকভাবে ○ প্রতি ২ সপ্তাহে ○ এক মাসে দুবার ○ মাসিক ○ বাৎসরিক

26. ঘন্টায় প্রতি **সপ্তাহে** গড় কাজ

বর্তমান কাজ 2: (যদি আপনার অতিরিক্ত কাজ থাকে এবং আরো জায়গার প্রয়োজন হয়, আরেকটি কাগজ সংযুক্ত করুন।)

27. নিয়োগকর্তার নাম

a. নিয়োগকর্তার ঠিকানা (ঐচ্ছিক)

b. শহর

c. রাষ্ট্র

d. জিপ কোড

28. নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর ( ) -

29. মজুরী/ টিপস (ট্যাক্সের আগে) $

○ ঘন্টায় ○ সাপ্তাহিকভাবে ○ প্রতি ২ সপ্তাহে ○ এক মাসে দুবার ○ মাসিক ○ বাৎসরিক

30. ঘন্টায় প্রতি সপ্তাহে গড় কাজ

31. **গত বছরে, আপনি কিঃ** ○ কাজ পরিবর্তন ○ কাজ স্থগিত ○ কম ঘন্টা কাজ করা শুরু ○ এগুলোর কোনটাই নয়

32. **যদি স্বনিযুক্ত, ক এবং খ উত্তর করুন**

a. কাজের ধরন:

b. এই মাসে আত্মকর্মসংস্থানের থেকে আপনি নেট আয় (একবার ব্যবসায়িক খরচ দেওয়ার পরের লাভ) কত পাবেন? $ নির্দেশনাতে যান।

পরবর্তী পৃষ্ঠাতে অব্যাহত রাখুন

33. **অন্যান্য আয় আপনি এই মাসে পাবেন:** রণ করুন যা সবগুলো প্রযোজ্য, এবং পরিমাণ দিন এবং কত ঘন ঘন আপনি এটি পেতে পারেন। যদি কিছু না থাকে এখানে পূরণ করুন। ◯ **উল্লেখ্য:** আমাদেরকে আপনার বলার প্রয়োজন **নেই** চাইল্ড সাপোর্ট, যুদ্ধপ্রবীণ প্রদত্ত অর্থ, অথবা প্রাসঙ্গিক নিরাপত্তা আয় (এসএসআই) থেকে প্রাপ্ত আয় সম্পর্কে।

◯ বকোরত্ব $ ______ কত ঘন ঘন? ______	◯ থে রেপে ষি প্রাপ্তি **(নে টে:** শুধুমাত্র 1/1/2019 এর আগে চূড়ান্ত হওয়া ডিভি রেসরে জন্য ।) $ ______ কত ঘন ঘন? ______
◯ পনেশন $ ______ কত ঘন ঘন? ______	◯ নটে চাষ / মাছধরা $ ______ কত ঘন ঘন? ______
◯ সে শ্যাল সকিউিরটিি $ ______ কত ঘন ঘন? ______	◯ নটে ভাড়া / রাজপদ $ ______ কত ঘন ঘন? ______
◯ অবসর অ্যাকাউন্ট $ ______ কত ঘন ঘন? ______	◯ অন্যান্য আয়, ধরন ______ $ ______ কত ঘন ঘন? ______

34. **বিয়োজন:** রণ করুন যা সবগুলো প্রযোজ্য, এবং পরিমাণ দিন এবং কত ঘন ঘন আপনি পরিশোধ করেন। যদি আপনি নির্দিষ্ট কিছু জিনিসের জন্য পরিশোধ করেন যা যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন থেকে কাটা যেতে পারে, তাদের সম্পর্কে আমাদের বললে স্বাস্থ্য কভারেজ খরচ কিছু কম হতে পারে। আপনার মোট স্ব-কর্মসংস্থান আয়ের প্রশ্নের (প্রশ্ন 32b) উত্তর দেওয়ার সময় আপনি ইতিমধ্যেই যেসকল খরচ অন্তর্ভুক্ত করেছেন সেগুলো বা চাইল্ড সাপোর্টের জন্য আপনার পরিশোধ করা অর্থের পরিমাণ অন্তর্ভুক্ত করবেন না।

◯ থে রেপে ষি দেওয়া **(নে টে:** শুধুমাত্র 1/1/2019 এর আগে চূড়ান্ত হওয়া ডিভি রেসরে জন্য ।) $ ______ কত ঘন ঘন? ______	◯ অন্যান্য বিয়ে াজেন, ধরন: ______ $ ______ কত ঘন ঘন? ______
◯ ছাত্র ঋণরে সুদরে হার $ ______ কত ঘন ঘন? ______	

35. **যদি আপনার আয় এই বছরে পরিবর্তন হয় এই প্রশ্ন পূরণ করুন, উদাহরণস্বরূপ,** যদি আপনি বছরের কিছু সময় কোনো চাকরী করেন বা নির্দিষ্ট কোনো মাসে কোনো অতিরিক্ত সুবিধা পান। যদি আপনি আপনার মাসিক আয়ে পরিবর্তন আশা না করেন, পরবর্তী ব্যক্তিতে চলে যান। ➡

আপনার **এই বছরের** সর্বমোট আয় $ ______	আপনার **আগামী** বছরের সর্বমোট আয় (যদি আপনার মনে হয় যে এটি ভিন্ন হবে) $ ______ ◯ আপনার উপার্জন কত হবে তা অনুমান করা কঠিন হলে এটি পূরণ করুন।

ধন্যবাদ! এইগুলোই আপনার সম্পর্কে আমাদের জানা প্রয়োজন।

ধাপ 2: ব্যক্তি 2

উল্লেখ্য: যদি এই ব্যক্তির স্বাস্থ্য কভারেজের প্রয়োজন না হয়, এই পৃষ্ঠার 1-10 প্রশ্নগুলোই শুধু উত্তর করুন। 5-7 পৃষ্ঠাগুলো কপি করুন যদি সেখানে আপনার পরিবারে ২ জনের বেশি সদস্য থাকে।

এই পৃষ্ঠাটি পূরণ করুন আপনার স্ত্রী/পার্টনার এবং সন্তানরা যারা আপনার সাথে বাস করে তাদের জন্য, এবং/অথবা আপনি যদি ফাইল করে থাকেন অন্য কেউ আপনার একই রাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন এর সাথে যুক্ত। আপনি যদি কোনও ট্যাক্স রিটার্ন ফাইল না করে থাকেন, তবে আপনার সাথে বসবাসকারী পরিবারের সদস্যদের যোগ করতে ভুলবেন না। যায় এই ব্যাপারে আরো তথ্য এর জন্য পৃষ্ঠা 1 দেখুন।

1. প্রথম নাম | মধ্যবর্তী নাম | শেষের নাম | প্রত্যয়

2. ব্যক্তি ১ এর সাথে সম্পর্ক? নির্দেশনাতে যান।

3. ব্যক্তি ২ কি বিবাহিত? ◯ হ্যাঁ ◯ না

4. জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)?

5. লিঙ্গ ◯ মহিলা ◯ পুরুষ

6. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (এসএসএন)

★ **আমাদের এটা প্রয়োজন যদি আপনি ব্যক্তি ২ এর জন্য স্বাস্থ্য কভারেজ চান, ব্যক্তি ২ এর একটি এসএসএন আছে।**

7. ব্যক্তি ২ কি ব্যক্তি ১ এর মত একই ঠিকানাতে বাস করেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি না, ঠিকানা তালিকাভুক্ত করুন:

8. **ব্যক্তি ২ কি আগামী বছর যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন ফাইল করার পরিকল্পনা করছেন?** (আপনি এখনও কভারেজের জন্য আবেদন করতে পারেন এমনকি যদি ব্যক্তি ২ যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন ফাইল না করে।) ◯ **হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ,** আইটেম a থেকে c পর্যন্ত উত্তর দিন ◯ **না. যদি না,** আইটেম c তে চলে যান।

a. ব্যক্তি ২ কি স্ত্রীর সাথে যৌথভাবে ফাইল করবেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি হ্যাঁ, স্ত্রীর নাম লিখুন:

b. ব্যক্তি ২ কি তার আয়কর রিটার্নে কোন নির্ভরশীল দাবী করবেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি হ্যাঁ, নির্ভরশীলদের নাম(গুলো) তালিকাভুক্ত করুন:

c. ব্যক্তি ২ কে কি অন্য কারো ট্যাক্স রিটার্ন এ নির্ভরশীল হিসেবে দাবী করা হবে? ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি হ্যাঁ, তাহলে ট্যাক্স ফাইলকারীর নাম তালিকাভুক্ত করুন: | ট্যাক্স ফাইল করা ব্যক্তির সাথে ব্যক্তি ২ কিভাবে সম্পর্কিত?

9. ব্যক্তি ২ কি গর্ভবতী? ◯ হ্যাঁ ◯ না a. **যদি হ্যাঁ,** এই গর্ভাবস্থায় কতজন শিশু আশা করছেন?

10. **ব্যক্তি ২ এর কি স্বাস্থ্য কভারেজ প্রয়োজন?** (এমনকি যদি ব্যক্তি ২ এর স্বাস্থ্য কভারেজ থাকে, সেখানে ভালো কভারেজ অথবা স্বল্প খরচের সাথে একটি প্রোগ্রাম হতে পারে।) ◯ **হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ,** নিম্নের সব প্রশ্নগুলোর উত্তর করুন। ⬇ ◯ **না. যদি না,** পৃষ্ঠা ৫ এর আয়ের প্রশ্নগুলোতে **চলে যান।** এই পৃষ্ঠার বাকি অংশগুলো খালি রাখুন। ➡

11. ব্যক্তি 2 এর কি কোনো শারীরিক, মানসিক, অথবা অনুভূতি সংক্রান্ত সমস্যা রয়েছে যার কারণে তার স্বাভাবিক জীবন-যাপন বাধাগ্রস্ত হয় (যেমন গোসল করা, কাপড় পরিধান করা, দৈনন্দিন জীবনের কাজকর্ম করা ইত্যাদি), তার কি স্বাস্থ্য সংক্রান্ত বিশেষ কোনো চাহিদা রয়েছে, অথবা সে কি বর্তমানে কোনো চিকিৎসালয় অথবা নার্সিং হোম-এ বসবাস করছে? ◯ হ্যাঁ ◯ না

12. ব্যক্তি ২ কি একজন **মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক** বা **মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয়তা** পেয়েছেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

13. ব্যক্তি ২ কি একজন **নেচারালাইজড** অথবা **উদ্ভূত নাগরিক**? (এটা সাধারণত অর্থ করে আপনি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বাইরে জন্মগ্রহণ করেছেন।) ◯ **হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ,** ক এবং খ সম্পূর্ণ করুন। . ◯ **না. যদি না,** প্রশ্ন ১৪ অব্যাহত রাখুন।

a. এলিয়েন নম্বর | b. প্রশংসাপত্র নম্বর

ক এবং খ সম্পন্ন করার পর, প্রশ্ন ১৫ তে **চলে যান**।

14. **যদি ব্যক্তি ২ একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয়তা না হন,** তাহলে আপনার কোন যোগ্য অভিবাসন অবস্থা আছে কি? ◯ **হ্যাঁ.** নথি প্রকার এবং আইডি নম্বর লিখুন। নির্দেশনাতে যান।

অভিবাসন নথি প্রকার: | স্ট্যাটাস টাইপ (ঐচ্ছিক): | ব্যক্তি ২ এর নাম লিখুন যেভাবে তাদের অভিবাসন নথিতে প্রদর্শিত আছে।

এলিয়েন অথবা আই-৯৪ নম্বর | কার্ড নম্বর অথবা পাসপোর্ট নম্বর

সেভিস আইডি অথবা মেয়াদউত্তীর্ণের তারিখ (ঐচ্ছিক) | অন্যান্য (ক্যাটাগরি কোড বা ইস্যুর দেশ)

a. ব্যক্তি ২ কি ১৯৯৬ সাল থেকে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে বসবাস করছেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

b. ব্যক্তি ২, বা ব্যক্তি ২ এর স্ত্রী বা পিতামাতা, একজন যুদ্ধপ্রবীণ অথবা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের সামরিক বাহিনীর একজন সক্রিয় কর্তব্যরত সদস্য? ◯ হ্যাঁ ◯ না

15. ব্যক্তি ২ কি গত ৩ মাসের চিকিৎসা বিল পরিশোধের জন্য সাহায্য চান? ◯ হ্যাঁ ◯ না

16. ব্যক্তি ২ কি কমপক্ষে ১৯ বছরের কম বয়সী অন্তত একজন সন্তানের সাথে বসবাস করেন, এবং ব্যক্তি ২ কি মূল ব্যক্তি যে এই সন্তানের (এখানে "হ্যাঁ" লিখুন যদি ব্যক্তি 2 অথবা তার স্বামী/স্ত্রী এই বাচ্চা লালন-পালন করে থাকে।) ◯ হ্যাঁ ◯ না

17. আমাদের নামগুলো এবং সম্পর্ক বলুন ১৯ বছরের নিচে যে ছেলেমেয়ে ব্যক্তি ২ এর পরিবারের সাথে বাস করেঃ (এইগুলো একই সন্তান হতে পারে যারা পৃষ্ঠা ২ তে তালিকাভুক্ত।)

ব্যক্তি ২ কি ১৮ বছর বা অধিক বয়সে পালিত কেন্দ্রে ছিলেন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

ব্যক্তি 2-এর বয়স 22 বা তার কম হলে এই প্রশ্নগুলোর উত্তর দিন:

18. ব্যক্তি ২ এর কি কাজ থেকে বীমা ছিল এবং গত ৩ মাসের মধ্যে তা হারিয়েছিল? ◯ হ্যাঁ ◯ না

a. **যদি হ্যাঁ,** শেষের তারিখ: | b. বীমা শেষ হওয়ার কারণ:

19. ব্যক্তি ২ কি একজন পুরো-সময় শিক্ষার্থী? ◯ হ্যাঁ ◯ না

পরবর্তী পৃষ্ঠাতে অব্যাহত রাখুন

ঐচ্ছিক: (এই তথ্যগুলো প্রদান করার মাধ্যমে আপনার কভারেজ পাওয়ার যোগ্যতা, প্ল্যান বেছে নেওয়ার সুযোগ বা খরচে কোনো প্রভাব পড়বে না।)

পূরণ করুন যা সব প্রযে াজ্য।

21. জাতি:

◯ সাদা ◯ কালো অথবা আফ্রিকান আমেরিকান ◯ আমেরিকান ইন্ডিয়ান অথবা আলাস্কা নেটিভ ◯ ফিলিপিনো ◯ জাপানিজ ◯ কোরিয়ান ◯ এশিয়ান ইন্ডিয়ান ◯ চাইনিজ ◯ ভিএতনামিজ ◯ অন্যান্য এশিয়ান ◯ নেটিভ হাওয়াইয়ান ◯ গুয়ামানিয়ান বা চামোরো ◯ সামোয়ান ◯ অন্যান্য প্যাসিফিক ◯ অন্যান্য

একটি উত্তর বেছে নিন।

22. জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গ (ব্যক্তি 2-এর বার্থ সার্টিফিকেটে পাওয়া যেতে পারে):

◯ মহিলা ◯ পুরুষ ◯ অন্যান্য: ◯ আমি জানি না। ◯ উত্তর দিতে চাই না

23. বর্তমান লিঙ্গ:

◯ মহিলা ◯ পুরুষ ◯ ট্রান্সজেন্ডার মহিলা ◯ ট্রান্সজেন্ডার পুরুষ ◯ অন্য কিছু: ◯ আমি জানি না। ◯ উত্তর দিতে চাই না

24. যৌন অভিমুখীতা:

◯ বাই সেক্সুয়াল ◯ লেসবিয়ান বা গে ◯ স্ট্রেইট (লেসবিয়ান বা গে না) ◯ অন্য কিছু: ◯ আমি জানি না। ◯ উত্তর দিতে চাই না

ধাপ 2: ব্যাক্তি 2

ব্যাক্তি ২ কোন আয় পায় সম্পর্কে আমাদের বলুন।
এই পৃষ্ঠাটি সম্পূর্ণ করুন এমনকি যদি ব্যাক্তি ২ এর স্বাস্থ্য কভারেজ প্রয়োজন না হয়।

বর্তমান কাজ এবং আয়ের তথ্য

◯ **নিযুক্তিঃ** ব্যক্তি ২ যদি বর্তমানে কর্মজীবী হয়, আমাদের তার/তার আয় সম্পর্কে বলুন। আইটেম 25 দিয়ে শুরু করুন।

◯ **নিযুক্ত নয়ঃ** আইটেম 35 এ চলে যান।

◯ **আত্মকর্মসংস্থান:** আইটেম 34 এ চলে যান।

বর্তমান কাজ 1:

25. নিয়োগকর্তার নাম

a. নিয়োগকর্তার ঠিকানা (ঐচ্ছিক)

b. শহর | c. রাষ্ট্র | d. জিপ কোড | 26. নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর

27. মজুরী/ টিপস (ট্যাক্সের আগে) $ ◯ ঘণ্টায় ◯ সাপ্তাহিকভাবে ◯ প্রতি ২ সপ্তাহে ◯ এক মাসে দুবার ◯ মাসিক ◯ বাৎসরিক

28. ঘণ্টায় প্রতি **সপ্তাহে** গড় কাজ

বর্তমান কাজ 2: (যদি ব্যক্তি ২ এর অতিরিক্ত কাজ থাকে, আরেকটি কাগজ সংযুক্ত করুন।)

29. নিয়োগকর্তার নাম

a. নিয়োগকর্তার ঠিকানা (ঐচ্ছিক)

b. শহর | c. রাষ্ট্র | d. জিপ কোড | 30. নিয়োগকর্তার ফোন নম্বর

31. মজুরী/ টিপস (ট্যাক্সের আগে) $ ◯ ঘণ্টায় ◯ সাপ্তাহিকভাবে ◯ প্রতি ২ সপ্তাহে ◯ এক মাসে দুবার ◯ মাসিক ◯ বাৎসরিক

32. ঘণ্টায় প্রতি সপ্তাহে গড় কাজ

33. **গত বছরে, ব্যক্তি ২ কিঃ** ◯ কাজ পরিবর্তন ◯ কাজ স্থগিত ◯ কম ঘন্টা কাজ করা শুরু ◯ এগুলোর কোনটাই নয়

34. **দি ব্যক্তি 2 স্বনির্ভর হয় তাহলে a এবং b পূরণ করুন:**

a. কাজের ধরন:

b. এই মাসে এই আত্মকর্মসংস্থানের থেকে ব্যক্তি ২ নেট আয় (একবার ব্যবসায়িক খরচ দেওয়ার পরের লাভ) কত পাবেন? নির্দেশনাতে যান। $

পরবর্তী পৃষ্ঠাতে অব্যাহত রাখুন

35. **অন্যান্য আয় ব্যাক্তি ২ এই মাসে পাবেন:** রণ করুন যা সবগুলো প্রযোজ্য, এবং পরিমাণ দিন এবং কত ঘন ঘন ব্যক্তি ২ এটি পেতে পারেন। যদি কিছু না থাকে এখানে পূরণ করুন। ◯ **উল্লেখ্য:** আমাদেরকে আপনার ব্যক্তি ২ এর চাইল্ড সাপোর্ট, যুদ্ধপ্রবীণ প্রদত্ত অর্থ, অথবা প্রাসঙ্গিক নিরাপত্তা আয় (এসএসআই) থেকে প্রাপ্ত আয় সম্পর্কে বলার প্রয়োজন নেই।

◯ বকোরত্ব $ ______ কত ঘন ঘন? ______	◯ থ রেপ ষে প্রাপ্তি **(নেটে:** শুধুমাত্র 1/1/2019 এর আগে চূড়ান্ত হওয়া ডিভি রেসরে জন্য ।) $ ______ কত ঘন ঘন? ______
◯ পনেশন $ ______ কত ঘন ঘন? ______	◯ নটে চাষ / মাছধরা $ ______ কত ঘন ঘন? ______
◯ স েশ্যাল সকিউিরটি $ ______ কত ঘন ঘন? ______	◯ নটে ভাড়া / রাজপদ $ ______ কত ঘন ঘন? ______
◯ অবসর অ্যাকাউন্ট $ ______ কত ঘন ঘন? ______	◯ অন্যান্য আয়, ধরন ______ $ ______ কত ঘন ঘন? ______

36. **বিয়োজন:** পূরণ করুন যা সবগুলো প্রযোজ্য, এবং পরিমাণ দিন এবং কত ঘন ঘন ব্যক্তি ২ পরিশোধ করেন। যদি ব্যক্তি ২ নির্দিষ্ট কিছু জিনিসের জন্য পরিশোধ করেন যা যুক্তরাষ্ট্রীয় আয়কর রিটার্ন থেকে কাটা যেতে পারে, তাদের সম্পর্কে আমাদের বললে স্বাস্থ্য কভারেজ খরচ কিছু কম হতে পারে। ব্যক্তি 2-এর মোট স্ব-কর্মসংস্থান আয়ের প্রশ্নের (প্রশ্ন 34b) উত্তর দেওয়ার সময় ইতিমধ্যেই যেসকল খরচ অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে সেগুলো বা চাইল্ড সাপোর্টের জন্য ব্যক্তি 2-এর পরিশোধ করা অর্থের পরিমাণ অন্তর্ভুক্ত করবেন না। .

◯ থ রেপ ষে দওেয়া **(নেটে:** শুধুমাত্র 1/1/2019 এর আগে চূড়ান্ত হওয়া ডিভি রেসরে জন্য ।) $ ______ কত ঘন ঘন? ______	◯ অন্যান্য বয়ি োজন, ধরন: ______ $ ______ কত ঘন ঘন? ______
◯ ছাত্র ঋণরে সুদরে হার $ ______ কত ঘন ঘন? ______	

37. **শুধুমাত্র যদি ব্যক্তি ২ এর আয় এই বছরে পরিবর্তন হয় পূরণ করুন,** যেমন যদি ব্যক্তি ২ শুধুমাত্র বছরের কিছু অংশের জন্য একটি কর্মক্ষেত্রে কাজ করলেন অথবা নির্দিষ্ট মাসের জন্য সুবিধা গ্রহণ করলেন। যদি ভবিষ্যতে ব্যক্তি 2-এর মাসিক আয় পরিবর্তনের সম্ভাবনা না থাকে তাহলে পরবর্তী প্রশ্নে যান। ➡

এই বছরে ব্যক্তি ২'র সর্বমোট আয় $ ______	**আগামী** বছরে ব্যক্তি ২'র সর্বমোট আয় $ ______ ◯ আপনার উপার্জন কত হবে তা অনুমান করা কঠিন হলে এটি পূরণ করুন।

ধন্যবাদ! এইগুলোই ব্যক্তি ২ সম্পর্কে আমাদের জানা প্রয়োজন।

সম্পন্ন করবেন না। এটি শুধুমাত্র তথ্য দেওয়ার উদ্দেশ্যে তৈরি করা হয়েছে।

ধাপ 3: অ্যামেরিকান ইন্ডিয়ান অথবা আলাস্কা ন্যাটিভ (AI/AN) পরিবারের সদস্য(গণ)

1. আপনি অথবা আপনার পরিবারের কেউ কি অ্যামেরিকান ইন্ডিয়ান অথবা আলাস্কা ন্যাটিভ পরিচয়ের?
◯ **.না. যদি না,** ধাপ ৪ এ চলে যান। ◯ **হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ,** ধাপ ৪ এ চলে যান, আরো পরিশিষ্ট খ সম্পূর্ণ করুন এবং আবেদন পত্রের সাথে সংযুক্ত করুন।

ধাপ 4: আপনার পরিবারের স্বাস্থ্য কভারেজ

1. **এই আবেদন পত্রের কাউকে কি মেডিকেড বা শিশু স্বাস্থ্য বীমা প্রোগ্রাম (চিপ) এর জন্য যোগ্য নয় পাওয়া গিয়েছিল গত ৯০ দিনের মধ্যে?**
(হ্যাঁ নির্বাচন করুন যদি শুধুমাত্র কাউকে এই কভারেজের জন্য যোগ্য নয় পাওয়া গিয়েছিল আপনার রাষ্ট্রের দ্বারা, মার্কেটপ্লেস দ্বারা নয়।)........ ◯ হ্যাঁ ◯ না
কে? ______ তারিখ: ______
অথবা, বিগত 5 বছরের মধ্যে যেকোনো সময় অভিবাসন স্থিতির কারণে এই দরখাস্তের কোনো ব্যক্তি কি মেডিকেইড অথবা CHIP এর জন্য অযোগ্য বিবেচিত হয়েছিলেন?........ ◯ হ্যাঁ ◯ না
কে? ______
এই দরখাস্তের কোনো ব্যক্তি কি মার্কেটপ্লেস ওপেন এনরোলমেন্ট পিরিয়ড সময়কালে অথবা জীবনের কোনো যোগ্যতা-নির্ধারক ঘটনার পর কভারেজের জন্য আবেদন করেছিলেন? ...... ◯ হ্যাঁ ◯ না
কে? ______

2. **এই আবেদন পত্রে তালিকাভুক্ত কেউ কি কাজ থেকে স্বাস্থ্য কভারেজের প্রস্তাব পেয়েছিল?** চেক হ্যাঁ এমনকি যদি কভারেজ যদি অন্য কারো কাজ থেকে হয়ে থাকে, যেমন একজন পিতা বা মাতা বা স্ত্রী, এমনকি যদি তার কভারেজ গ্রহণ না করে। অফার করা কভারেজ যদি শুধুমাত্র COBRA হয় তাহলে "না"-তে টিক দিন।
◯ **হ্যাঁ.** চালিয়ে যান এবং তারপর পরিশিষ্ট ক সম্পূর্ণ করুন। ◯ **না।**
যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কোনও স্টেট এমপ্লয়ি বেনিফিট প্ল্যান আছে কি? .... ◯ হ্যাঁ ◯ না
আবেদনে তালিকাভুক্ত কেউ কি ব্যক্তিগতভাবে কভার করার জন্য কোনও হেলথ রিইম্বারসমেন্ট অ্যারেঞ্জমেন্ট (HRA) বা কোয়ালিফায়েড স্মল এমপ্লয়ার এইচআরএ (QSEHRA) অফার করেছেন?........ ◯ হ্যাঁ ◯ না

3. **কেউ কি এখন স্বাস্থ্য কভারেজে নথিভুক্ত আছেন?**
◯ **হ্যাঁ. যদি হ্যাঁ,** প্রশ্ন 4 চালিয়ে যান। ◯ **না. যদি না,** ধাপ 5 এ চলে যান।

4. **বর্তমান স্বাস্থ্য কভারেজ সম্পর্কে তথ্য।** (এই পৃষ্ঠার কপি করুন যদি বর্তমানে ২ জনের অধিক ব্যক্তির স্বাস্থ্য কভারেজ থাকে।)
কভারেজের ধরন সম্পর্কে লিখুন, যেমন নিয়োগকর্তার বীমা, COBRA (কোবরা), MEDICAID (মেডিকেড), CHIP (চিপ), MEDICARE (মেডিকেয়ার), TRICARE (ট্রাইকেয়ার), ভিএ স্বাস্থ্যসেবা কর্মসূচি, Peace Corps (পিস কর্পস), বা অন্যান্য। (ট্রাইকেয়ার সম্পর্কে আমদের বলতে হবে না যদি আপনার সরাসরি কেয়ার বা ডিউটি লাইন থাকে।)

ব্যক্তি 1:

স্বাস্থ্য কভারেজের মধ্যে নথিভুক্ত ব্যক্তির নাম ______

কভারেজের ধরন:
◯ নিয়োগকর্তার বীমা ◯ COBRA (কোবরা) ◯ Medicaid (মেডিকেড) ◯ CHIP (চিপ) ◯ Medicare (মেডিকেয়ার) ◯ TRICARE (ট্রাইকেয়ার)
◯ ভিএ স্বাস্থ্যসেবা কর্মসূচি ◯ Peace Corps (পিস কর্পস) ◯ অন্যান্য

যদি এটি নিয়োগকর্তার বীমা হয়ঃ আপনার পরিশিষ্ট ক ও সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন হবে।)
স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির নাম ______ নীতি / আইডি নম্বর ______

যদি এটা অন্য কোন ধরনের কভারেজঃ ◯ যদি এটি মার্কেটপ্লেস স্বাস্থ্য কভারেজ হয় পূরণ করুন।
স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির নাম ______ নীতি / আইডি নম্বর ______

এটি কি একটি সীমিত-বেনিফিট পরিকল্পনা, যেমন একটি স্কুল দুর্ঘটনা পলিসি?........ ◯ হ্যাঁ ◯ না

ব্যক্তি 2

স্বাস্থ্য কভারেজের মধ্যে নথিভুক্ত ব্যক্তির নাম ______

কভারেজের ধরন:
◯ নিয়োগকর্তার বীমা ◯ COBRA (কোবরা) ◯ Medicaid (মেডিকেড) ◯ CHIP (চিপ) ◯ Medicare (মেডিকেয়ার) ◯ TRICARE (ট্রাইকেয়ার)
◯ ভিএ স্বাস্থ্যসেবা কর্মসূচি ◯ Peace Corps (পিস কর্পস) ◯ অন্যান্য

If যদি এটি নিয়োগকর্তার বীমা হয়ঃ আপনার পরিশিষ্ট ক ও সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন হবে।)
স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির নাম ______ নীতি / আইডি নম্বর ______

যদি এটা অন্য কোন ধরনের কভারেজঃ ◯ যদি এটি মার্কেটপ্লেস স্বাস্থ্য কভারেজ হয় পূরণ করুন।
স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির নাম ______ নীতি / আইডি নম্বর ______

এটি কি একটি সীমিত-বেনিফিট পরিকল্পনা, যেমন একটি স্কুল দুর্ঘটনা পলিসি? .... ◯ হ্যাঁ ◯ না

আপনি কি ভোটের জন্য নিবন্ধনের বিষয়ে তথ্য জানতে চান? (ঐচ্ছিক)
◯ না ◯ না ◯ উত্তর দিতে চাই না
আপনি **Vote.gov** এ আপনার স্টেটের জন্য তথ্য, নিবন্ধনের শেষ সময় এবং অন্যান্য রিসোর্স পেতে পারবেন।

ধাপ 5: আপনার চুক্তি ও সাক্ষর

1. **আপনি কি মার্কেটপ্লেসকে আয় তথ্য ব্যাবহার করার অনুমতি দিতে সম্মত হন, ট্যাক্স রিটার্নের থেকে তথ্য সহ, আগামী ৫ বছরের জন্য?** .... ◯ হ্যাঁ ◯ না

সামনের বছরগুলোতে কভারেজগুলোর মূল্য পরিশোধ করার বিষয়ে আপনার যোগ্যতা আছে কিনা তা নির্ধারণের কাজটিকে সহজ করে তুলতে আপনি মার্কেটপ্লেসকে আপনার হালনাগাদকৃত আয় সম্পর্কিত তথ্য ব্যবহারের অনুমতি দিতে পারেন। এর মধ্যে আপনার ট্যাক্স রিটার্ন থেকে প্রাপ্ত তথ্যও অন্তর্ভুক্ত। মার্কেটপ্লেস একটি বিজ্ঞপ্তি পাঠিয়ে দেবে এবং আপনি যেকোনো তথ্য পরিবর্তন করতে পারবেন। আপনি তখনও যোগ্য আছেন কিনা তা নিশ্চিত করতে মার্কেটপ্লেস সবকিছু যাচাই করবে, এবং আপনার উপার্জন তখনও যোগ্যতার মধ্যে পড়ে কিনা তা হয়তো তারা আপনাকে নিশ্চিত করতে বলবে। আপনি যেকোনো সময় বাদ দিতে পারেন।

যদি না, স্বয়ংক্রিয়ভাবে পরবর্তীর জন্য আমার তথ্য আপডেট করুন: ◯ 5 বছর ◯ 4 বছর ◯ 3 বছর ◯ 2 বছর ◯ 1 বছর

◯ স্বাস্থ্য কভারেজ পরিশোধে সাহায্য করার জন্য আমার যোগ্যতা পুনর্নির্ধারণে আমার ট্যাক্স তথ্য ব্যবহার করবেন না (এই বিকল্পটি নির্বাচন হয়ত আপনার কভারেজ পরিশোধে সাহায্য পেতে আপনার পুনর্নির্ধারণ ক্ষমতাকে প্রভাবিত করতে পারে।)

2. **এই আবেদন পত্রে স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদনকারী কোন বন্দী আছেন (আটক/জেলে)?** .... ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি হ্যাঁ, আমাদের ব্যাক্তি'র নাম বলুন। বন্দী ব্যাক্তির নাম হলোঃ

◯ এখানে পূরণ করুন যদি এই ব্যাক্তি কর্তৃত্বাধীনতার অভিযোগের সম্মুখীন আছে।

মার্কেটপ্লেস কভারেজের আওতাভুক্ত হওয়ার পর যদি কোনো সময় দেখা যায় যে আপনার দরখাস্তের যেকোনো ব্যক্তি অন্য কোনো স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য যোগ্য হয়েছে (যেমন মেডিকেয়ার, মেডিকেইড অথবা CHIP), সেক্ষেত্রে মার্কেটপ্লেস ঐ ব্যক্তির মার্কেটপ্লেস প্লান কভারেজ স্বয়ংক্রিয়ভাবে বাতিল করে দিবে। এর ফলে যাদের অন্য কোনো স্বাস্থ্য কভারেজের যোগ্যতা রয়েছে তারা নিশ্চিতভাবে আর মার্কেটপ্লেস কভারেজের আওতাভুক্ত থাকবে না এবং তাদেরকে সম্পূর্ণ খরচ নিজে বহন করতে হবে।

◯ এরকম পরিস্থিতিতে আমার আবেদনপত্রে উল্লেখিত ঐ ব্যক্তির মার্কেটপ্লেস কভারেজ সমাপ্ত করে দেওয়ার অনুমতি আমি মার্কেটপ্লেসকে দিচ্ছি।

◯ এরকম পরিস্থিতিতে মার্কেটপ্লেস কভারেজ সমাপ্ত করে দেওয়ার অনুমতি আমি মার্কেটপ্লেসকে দিচ্ছি না। আমি বুঝতে পারছি যে আমার আবেদনপত্রের সেই প্রভাবিত ব্যক্তি আর অর্থনৈতিক সাহায্যের জন্য যোগ্য বিবেচিত হবে না এবং তাকে তার মার্কেটপ্লেস প্ল্যানের জন্য সম্পূর্ণ খরচ নিজে বহন করতে হবে।

যদি এই আবেদনপত্রের কেউ মেডিকেডের জন্য যোগ্যঃ

- আমি মেডিকেড সংস্থাকে দিচ্ছি এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা, আইনি জনবসতি, বা অন্যান্য তৃতীয় পক্ষের থেকে কোনো টাকা পাবেন আমাদের অধিকার নিয়ে এগোতে। আমি আরো মেডিকেড সংস্থাকে অধিকার দিচ্ছি অনুধাবন এবং একটি স্ত্রী বা পিতা বা মাতা থেকে চিকিৎসা সহায়তা পেতে।
- এই আবেদন পত্রে কোন সন্তানের পিতা বা মাতা বাড়ীর বাইরে বসবাস করে? .... ◯ হ্যাঁ ◯ না
- যদি হ্যাঁ, আমি জানি আমাকে সংস্থার সাথে সহযোগিতা করতে বলা হবে যারা একজন অনুপস্থিত পিতা বা মাতা থেকে চিকিৎসা সহায়তা সংগ্রহ করে। যদি আমি মনে করি যে চিকিৎসা সহায়তাতে সহযোগিতা করলে আমার বা আমার সন্তানের ক্ষতি হবে, আমি মেডিকেডকে বলতে পারি এবং আমাকে সহযোগিতা করতে না ও হতে পারে।
- আমি এই আবেদন পত্রটি শপথভঙ্গ এর শাস্তির অধীনে সাক্ষর করছি, যার অর্থ হলো এই ফর্মের সকল প্রশ্নে আমি সঠিক উত্তর প্রদান করেছি আমার জ্ঞান মতে। আমি জানি যে, ফেডারেল আইন অনুযায়ী আমার জরিমানা হতে পারে যদি আমি ইচ্ছাকৃতভাবে মিথ্যা বা অসত্য তথ্য প্রদান করে থাকি।
- আমি জানি যে আমি অবশ্যই স্বাস্থ্য বীমা মার্কেটপ্লেসকে ৩০ দিনের মধ্যে জানাবো যদি কোন কিছু পরিবর্তন হয় (এবং ভিন্নতা থাকে) যা আমি এই আবেদন পত্রে লিখেছিলাম। আমি দেখতে পারি **HealthCare.gov** অথবা কল করতে পারি **1-800-318-2596** যে কোন পরিবর্তন সম্পর্কে রিপোর্ট করতে। আমি বুঝতে পারছি যে আমার তথ্য এর একটি পরিবর্তন আমার যোগ্যতার পাশাপাশি আমার পরিবারের সদস্য (দের) যোগ্যতা প্রভাবিত হতে পারে।
- আমি জানি যে, ফেডারেল আইন অনুযায়ী, জাতি, রঙ, জাতীয় উৎপত্তি, লিঙ্গ, বয়স, লিঙ্গ বৈষম্য, লিঙ্গ পরিচয়, বা অক্ষমতার ভিত্তিতে বৈষম্য অনুমোদিত নয়। আমি বৈষম্যের একটি অভিযোগ দায়ের করতে পরিদর্শন করে **HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint**.
- আমি জানি যে এই ফর্মের তথ্য শুধু মাত্র স্বাস্থ্য কভারেজ যোগ্যতা নির্ধারণের জন্য, কভারেজ পরিশোধে সাহায্য করতে (যদি অনুরোধ করা হয়), এবং মার্কেটপ্লেস এবং কভারেজ পরিশোধে সাহায্যকারী প্রোগ্রামগুলোর আইনগত উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হবে।

এই তথ্য আমাদের প্রয়োজন আপনার যোগ্যতা পরিক্ষা করার জন্য স্বাস্থ্য কভারেজ পরিশোধে সাহায্য করার জন্য যদি আপনি আবেদন করতে পছন্দ করেন। আমরা আপনার উত্তরগুলো আমাদের ইলেক্ট্রনিক ডেটাবেস এবং ইন্টারনাল রেভিনিউ সার্ভিস (IRS) বা, সামাজিক নিরাপত্তা, হোমল্যান্ড সিকিউরিটি ডিপার্টমেন্ট, এবং / অথবা একটি ভোক্তা প্রতিবেদনের সংস্থা এই তথ্য না মিললে, আমরা হয়তো আপনাকে সবকিছু নিশ্চিত করতে বলবো।

আমার যোগ্যতা সম্পর্কিত বিজ্ঞপ্তি ভুল মনে হলে আমার কী করা উচিত?

আমরা আপনার আবেদন প্রক্রিয়া করার পর আপনি মেইলের মাধ্যমে একটি এলিজিবিলিটি নোটিশ পাবেন। বিভিন্ন ক্ষেত্রে, যদি আপনি সম্মত না হন যেটা আপনি যোগ্যতা অর্জন করেন, আপনি পুনর্বিচার আবেদন করতে পারেন। আপনাকে একটি আপিলের জন্য কত দিন অনুরোধ করতে করতে হবে তা সহ কভারেজের জন্য আবেদন করা আপনার পরিবারের প্রতিটি ব্যক্তির জন্য আপিলের নির্দিষ্ট নির্দেশাবলী খুঁজে বের করতে আপনার যোগ্যতার নোটিশটি ভালোভাবে দেখুন। এখানে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য যখন একটি আবেদন অনুরোধ বিবেচনা করতে চানঃ

- যদি আপনি চান আপনি কাউকে আপনার পুনর্বিচারে কাউকে অনুরোধ অথবা অংশগ্রহণ করতে দিতে পারেন। সেই ব্যক্তি হতে পারে একজন বন্ধু, আত্মীয়, উকিল, অথবা অন্য কোন ব্যক্তি। অথবা, আপনি আপনার পুনর্বিচার অনুরোধ এবং অংশগ্রহণ আপনি নিজেই করতে পারেন।
- যদি আপনি পুনর্বিচার অনুরোধ করেন, আপনি হয়তো কভারেজের জন্য আপনার যোগ্যতা রাখতে সক্ষম হতে পারেন যখন আপনার পুনর্বিচার আবেদন বিচারাধীন থাকে।
- একটি আবেদন পত্রের ফলাফল আপনার পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের যোগ্যতা পরিবর্তন করতে পারে।

আপনার মার্কেটপ্লেস যোগ্যতার ফলাফল পুনর্বিচার আবেদন করতে, দেখুন **HealthCare.gov/marketplace-appeals/**. অথবা মার্কেটপ্লেস কল কেন্দ্রে কল করুন এখানে **1-800-318-2596.** TTY ব্যবহারকারিরা কল করবেন **1-855-889-4325.** আরও আপনি পুনর্বিচার আবেদন ফর্ম অথবা আপনার নিজস্ব চিঠি পুনর্বিচারের জন্য অনুরোধ করে মেইল করতে পারেন এখানে **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. আপনি মার্কেটপ্লেসের মাধ্যমে স্বাস্থ্য কভারেজ কেনার জন্য যোগ্যতা পুনর্বিচার আবেদন করতে পারেন, তালিকাভুক্তির সময়সীমা, ট্যাক্স ক্রেডিট, খরচ-ভাগ হ্রাস, মেডিকেড, এবং চিপ, যদি আপনাকে এইগুলোতে অস্বীকৃত করা হয়েছিল। যদি আপনি ট্যাক্স ক্রেডিট অথবা খরচ-ভাগ হ্রাস এর জন্য যোগ্যতা সম্পন্ন হন, আপনি পুনর্বিচার আবেদন করতে পারেন যেই পরিমাণের জন্য আপনি উপযুক্ত আমরা নির্ধারণ করবো। আপনার অবস্থার উপর ভিত্তি করে, আপনি হয়তো পুনর্বিচার আবেদন করতে পারেন মার্কেটপ্লেসের মাধ্যমে অথবা আপনি হয়তো পুনর্বিচার অনুরোধ করতে পারেন স্টেট মেডিকেড অথবা চিপ মাধ্যম দ্বারা।

ব্যাক্তি ১ এই আবেদন পত্রটি সাক্ষর করবেন। যদি আপনি একজন অনুমোদিত প্রতিনিধি হয়ে থকেন, আপনি সাক্ষর করতে পারেন এখানে যতক্ষণ পর্যন্ত ব্যাক্তি ১ পরিশিষ্ট গ সাক্ষর করেন।

সাক্ষর	সাক্ষরের তারিখ (মাস/দিন/বছর)
→	/ /

যদি আপনি এই আবেদন পত্রটি উন্মুক্ত তালিকাভুক্তির বাইরে সাক্ষর করেন (1 নভেম্বর থেকে 15 জানুয়ারির মধ্যে), নিশ্চিত করুন যে আপনি পরিশিষ্ট ঘ পর্যালোচনা করেছেন ("জীবন পরিবর্তন সম্পর্কে প্রশ্নাবলী")।

ধাপ 6: সম্পন্ন আবেদন পত্রটি মেইল করুন

আপনার সাক্ষরকৃত আবেদন পত্রটি মেইল করুনঃ

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

ইংরেজি ছাড়া অন্য একটি ভাষায় সাহায্য পাচ্ছেন

যদি আপনি, অথবা আপনি কাউকে সাহায্য করছেন, স্বাস্থ্য বীমা মার্কেটপ্লেস সম্পর্কে প্রশ্ন আছে। আপানার ভাষায় বিনা খরচে সাহায্য এবং তথ্য পাবার অধিকার আপনার আছে। একজন অনুবাদকের সাথে কথা বলতে, কল করুন **1-800-318-2596.**

এখানে সহজলভ্য ভাষাগুলোর একটি তালিকা এবং উপরে প্রদত্ত একই বার্তা ওই ভাষাগুলোতে দেওয়া হলোঃ

Español (Spanish)

Si usted o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, tiene derecho a obtener ayuda e información gratis en su idioma. Para hablar con un intérprete, 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)

Nếu quý vị, hoặc ai đó đang được quý vị giúp đỡ, có câu hỏi về Health Insurance Marketplace®, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên 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 مجانا. 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.

PRA বিবৃতি প্রকাশ: ১১৯৫ এর পেপারওয়ার্ক রিডাকশন আইন অনুযায়ী, কোন ব্যাক্তি একটি তথ্য সংগ্রহে সাড়া দিতে বাধ্য নয় যদি না এটি একটি বৈধ ও ম ব নিয়ন্ত্রণ সংখ্যা প্রদর্শন করে। এই তথ্য সংগ্রহের জন্য বৈধ ও ম ব নিয়ন্ত্রণ সংখ্যা ০৯৩৮-১১৯১। এই তথ্য সংগ্রহ সম্পন্ন করার জন্য প্রয়োজনীয় সময় প্রতিটি প্রতিক্রিয়ার জন্য গড় 45 মিনিট অনুমান করা হয়, নির্দেশাবলী পর্যালোচনা করতে সময়, বিদ্যমান তথ্য সম্পদ অনুসন্ধান, প্রয়োজনীয় তথ্য জড়ো করা এবং সম্পূর্ণ এবং তথ্য সংগ্রহ পর্যালোচনা অন্তর্ভুক্ত। এই ফর্মটি উন্নত করবার জন্য সময় অনুমান (গুলো) বা প্রস্তাবনার সঠিকটা বিষয়ে আপনার যদি মন্তব্য থাকে, অনুগ্রহ করে লিখুনঃ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ইংরেজি ছাড়া অন্য একটি ভাষায় সাহায্য পাচ্ছেন (ক্রমাগত)

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、通訳とお話しください。

PRA বিবৃতি প্রকাশ: ১১৯৫ এর পেপারওয়ার্ক রিডাকশন আইন অনুযায়ী, কোন ব্যাক্তি একটি তথ্য সংগ্রহে সাড়া দিতে বাধ্য নয় যদি না এটি একটি বৈধ ও ম ব নিয়ন্ত্রণ সংখ্যা প্রদর্শন করে। এই তথ্য সংগ্রহের জন্য বৈধ ও ম ব নিয়ন্ত্রণ সংখ্যা ০৯৩৮-১১৯১। এই তথ্য সংগ্রহ সম্পন্ন করার জন্য প্রয়োজনীয় সময় প্রতিটি প্রতিক্রিয়ার জন্য গড় 45 মিনিট অনুমান করা হয়, নির্দেশাবলী পর্যালোচনা করতে সময়, বিদ্যমান তথ্য সম্পদ অনুসন্ধান, প্রয়োজনীয় তথ্য জড়ো করা এবং সম্পূর্ণ এবং তথ্য সংগ্রহ পর্যালোচনা অন্তর্ভুক্ত। এই ফর্মটি উন্নত করবার জন্য সময় অনুমান (গুলো) বা প্রস্তাবনার সঠিকটা বিষয়ে আপনার যদি মন্তব্য থাকে, অনুগ্রহ করে লিখুনঃ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

সম্পন্ন করবেন না। এটি শুধুমাত্র তথ্য দেওয়ার উদ্দেশ্যে তৈরি করা হয়েছে।

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

পরিশিষ্ট A: কাজ থেকে স্বাস্থ্য কভারেজ

আপনাকে এই প্রশ্নগুলো উত্তর করতে হবে **না** যদি না বাড়ির কেউ কাজ থেকে স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য উপযুক্ত না হয়, এমনকি যদি তারা কভারেজ গ্রহণ না করে। কারও অফার করা কভারেজ যদি শুধুমাত্র COBRA হয় তাহলেও আপনাকে এই প্রশ্নগুলোর উত্তর দিতে হবে না। এই পৃষ্ঠার একটি কপি সংযুক্ত করুন প্রতিটি কাজের জন্য যারা কভারেজ প্রস্তাব করে।

আমাদেরকে কাজ সম্পর্কে বলুন যা কভারেজ প্রস্তাব করে।

এই পৃষ্ঠাটির একটি অনুলিপি করুন এবং নিয়োগকর্তার কাছে নিন এই প্রশ্নগুলোর উত্তর করতে আপনাকে সাহায্য করতে যিনি কভারেজ প্রস্তাব করেছেন।

কর্মচারীর তথ্য

1. কর্মচারীর নাম (প্রথম, মধ্যবর্তী, শেষ)

2. কর্মচারী সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (SSN)

নিয়োগকর্তার তথ্য

3. নিয়োগকর্তা/ কোম্পানির নাম

4. নিয়োগকর্তার সনাক্তকরণ নম্বর (EIN)

5. নিয়োগকর্তার ফোন নাম্বার

এখন, ওই ব্যক্তি বা বিভাগের তথ্য প্রদান করুন যিনি কর্মচারীর সুবিধাগুলো পরিচালনা করেন। যদি আমাদের আরও তথ্য প্রয়োজন হয় আমরা হয়তো এই ব্যক্তির সাথে যোগাযোগ করতে পারিঃ

6. কর্মচারী স্বাস্থ্য কভারেজের ব্যাপারে ব্যক্তি বা বিভাগ এর সাথে আমরা যোগাযোগ করতে পারি

7. নিয়োগকর্তার ঠিকানা (মার্কেটপ্লেস এই ঠিকানাতে নোটিশ পাঠাতে পারে)

8. শহর

9. রাষ্ট্র

10. জিপ কোড

11. ফোন নম্বর (যদি উপরের থেকে ভিন্ন হয়)

12. ই-মেইল ঠিকানা

13. কর্মচারীকে দেওয়া হেলথ কভারেজ কি এই নিয়োগকর্তা অফার করেছেন? যদি তাদের কাছে পরের মাসের শুরুতে অথবা এনরোলমেন্ট চালু থাকাকালীন আবেদন করা হলে জানুয়ারী 1 থেকে কভারেজের অফার থাকলেই কেবল "হ্যাঁ" বেছে নিন (নভেম্বর 1 – জানুয়ারি 15)।

○ **হ্যাঁ** (চলতে থাকুন) ○ **না** (**নিয়োগকর্তা:** থামুন এবং এই আবেদন পত্রটি নিয়োগকর্তাকে ফিরিয়ে দিন।
চাকুরীজীবী: মার্কেটপ্লেস কভারেজের জন্য আপনার আবেদন পত্রে ফিরে যান।)

নিয়োগকর্তা কী এমন একটি স্বাস্থ্য পরিকল্পনা প্রস্তাব করে যা চাকুরীজীবী'র স্ত্রী অথবা নির্ভরশীল (দের) সুবিধা দান করে?

○ **হ্যাঁ। যদি হ্যাঁ,** কোন মানুষগুলো? ○ স্বামী / স্ত্রী ○ নির্ভরশীল (গুলো) ○ **না** (১৪ নম্বর প্রশ্নে চলে যান)

চাকুরীজীবীর পরিবারের মধ্যে অন্য কেউ যারা এই কভারেজের জন্য যোগ্য তাদের নামের তালিকা দিন।

নাম

নাম

নাম

পরবর্তী পৃষ্ঠাতে অব্যাহত রাখুন

সম্পন্ন করবেন না। এটি শুধুমাত্র তথ্য দেওয়ার উদ্দেশ্যে তৈরি করা হয়েছে।

আমাদের বলুন এই নিয়োগকর্তার দ্বারা প্রস্তাবিত সর্বনিম্ন-মানের স্বাস্থ্য পরিকল্পনা সম্পর্কে।

14. নিয়োগকর্তা কি একটি স্বাস্থ্য পরিকল্পনা দেবার প্রস্তাব করেন যা সর্বনিম্ন মূল্য মান পূরণ করে*?
◯ **হ্যাঁ** (প্রশ্ন ১৫ তে যান.) ◯ **না** (থামুন এবং এই ফর্মটি কর্মচারীকে ফেরত দিন।)

15. **কর্মচারীকে দেবার** প্রস্তাব করা সর্বনিম্ন খরচ পরিকল্পনার জন্য যা **শুধুমাত্র** ন্যূনতম মূল্য মান পূরণ করে কর্মীকে কত প্রদান করতে হবে*? পারিবারিক পরিকল্পনা অন্তর্ভুক্ত নয়।

a. কর্মচারী এই প্রিমিয়াম প্রদান করবেঃ **$**

টীকা: সর্বনিম্ন পরিমাণ অন্তর্ভুক্ত করুন যা কর্মচারী স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য প্রদান করতে পারে।

b. কর্মচারী এই পরিমাণ প্রদান করবেঃ ◯ সাপ্তাহিকভাবে ◯ প্রতি ২ সপ্তাহে ◯ মাসে দুবার ◯ মাসে একবার ◯ ত্রৈমাসিক ◯ বাৎসরিক

16. **পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের প্রশ্ন 13-এর জন্য তালিকাভুক্ত করা হলে:** প্রশ্ন 13-এ তালিকাভুক্ত কর্মী এবং পরিবারের সদস্যদের কভার করা সর্বনিম্ন-খরচের পরিকল্পনায় কর্মীকে কত দিতে হবে? যদি নিয়োগকর্তা সুস্থতার প্রোগ্রামের অফার করে এবং তামাকজাত দ্রব্য থেকে বিরত থাকার জন্য কর্মী সর্বোচ্চ ছাড় পায় এবং সুস্থতার প্রোগ্রামের উপরে ভিত্তি করে অন্য কোনো ছাড় না পায়, তবে কর্মীকে কত প্রিমিয়াম দিতে হবে তা লিখুন।

a. কর্মচারী এই প্রিমিয়াম প্রদান করবেঃ **$**

b. কর্মচারী এই পরিমাণ প্রদান করবেঃ ◯ সাপ্তাহিকভাবে ◯ প্রতি ২ সপ্তাহে ◯ মাসে দুবার ◯ মাসে একবার ◯ ত্রৈমাসিক ◯ বাৎসরিক

*একটি স্বাস্থ্য পরিকল্পনা সর্বনিম্ন মান পূরণ করে যদি যদি একটি প্রমিত জনগোষ্ঠীর জন্য চিকিৎসা সেবার মোট খরচের কমপক্ষে 60% বহন করে এবং হাসপাতাল এবং ডাক্তারের সেবার সারগর্ভ কভারেজ প্রদান করা হয়। অধিকাংশ কর্ম-ভিত্তিক পরিকল্পনাগুলো সর্বনিম্ন মান পূরণ করে।

পরিশিষ্ট B

সম্পন্ন করবেন না। এটি শুধুমাত্র তথ্য দেওয়ার উদ্দেশ্যে তৈরি করা হয়েছে।

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

পরিশিষ্ট C: এই দরখাস্ত পূরণে সাহায্য

প্রত্যয়িত আবেদন কাউন্সিলারস, নাবিকরা, এজেন্ট এবং দালালদের জন্য শুধুমাত্র

এই অংশটি পূরণ করুন যদি আপনি একজন প্রত্যয়িত আবেদন মন্ত্রণাদাতা, ন্যাভিগেটর, এজেন্ট বা দালাল এই আবেদন পত্রটি পূরণ করছেন। for somebody else.

1. আবেদন পত্র শুরুর তারিখ (মাস/দিন/বছর)
2. প্রথম নাম, মধ্যবর্তী নাম, শেষের নাম, এবং প্রত্যয়
3. সংগঠনের নাম
4. আইডি নাম্বার (যদি প্রযোজ্য হয়)
5. এজেন্ট / দালাল শুধুমাত্র: এন পি এন সংখ্যা

আপনি একজন অনুমোদিত প্রতিনিধি নিযুক্ত করতে পারেন।

আপনি আমাদের সঙ্গে এই আবেদন পত্র সম্পর্কে কথা বলার জন্য একজন বিশ্বস্ত ব্যক্তিকে অনুমতি দিতে পারেন, আপনার তথ্য দেখতে, এবং এই আবেদন পত্রের সাথে সম্পর্কিত বিষয়ে আপনার জন্য কাজ করতে, এর মধ্যে আপনার আবেদন পত্র সম্পর্কে তথ্য পাওয়া এবং আপনার পক্ষ থেকে আপনার আবেদন পত্র সাক্ষর করা অন্তর্ভুক্ত। এই ব্যাক্তিটিকে বলা হয় "অনুমোদিত প্রতিনিধি।" কখনো যদি আপনার অনুমোদিত প্রতিনিধিকে পরিবর্তন অথবা অপসারণ করার প্রয়োজন হলে, মার্কেটপ্লেসের এ যোগাযোগ করুন। আপনি যদি এই আবেদন পত্রের জন্য একজন আইনত প্রতিনিধি নিযুক্ত হন, এই আবেদন পত্রের সাথে প্রমানাদি দাখিল করুন।

1. অনুমোদিত প্রতিনিধির নাম (প্রথম নাম, মধ্যবর্তী নাম, শেষের নাম)
2. ঠিকানা
3. বাসার ঠিকানা 2
4. শহর
5. রাষ্ট্র
6. জিপ কোড
7. ফোন নাম্বার
8. সংস্থার নাম
9. আইডি নাম্বার (যদি প্রযোজ্য হয়)

সাক্ষর করে, আপনি এই ব্যক্তিকে আপনার আবেদন পত্রটি সাক্ষর করার, এই আবেদন পত্র সম্পর্কে সরকারি তথ্য পেতে, এবং এই আবেদন পত্রের সাথে সম্পর্কিত ভবিষ্যতের সকল বিষয়ে আপনার জন্য কাজ করার অনুমতি প্রদান করছেন।

10. এই আবেদন পত্রে তালিকাভুক্ত ব্যাক্তি ১ এর সাক্ষর

11. সাক্ষরের তারিখ (মাস/দিন/বছর)?

সম্পন্ন করবেন না। এটি শুধুমাত্র তথ্য দেওয়ার উদ্দেশ্যে তৈরি করা হয়েছে।

Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

পরিশিষ্ট D: জীবনের পরিবর্তনগুলো সম্পর্কে প্রশ্নগুলো

(আপনি অবশ্যই এই পৃষ্ঠার পাশাপাশি বাকি আবেদন পত্রটি সম্পূর্ণ করবেন। শুধুমাত্র এই পৃষ্ঠাটি দাখিল করে দিবেন না।)

এই আবেদনকারীদের মধ্যে থেকে কেউ যদি গত 60 দিনে (অথবা আশা করা যায় যে পরবর্তী 60 দিনের মধ্যে) - হেলথ কভারেজ হারানো, বিয়ে করা বা সন্তান জন্মদানের মতো কিছু নির্দিষ্ট জীবনযাপনের পরিবর্তনের সম্মুখীন হন, তাহলে এই পৃষ্ঠাটি পূরণ করুন এবং এটিকে আপনার স্বাক্ষরিত সম্পন্ন করা আবেদনের সাথে যুক্ত করুন। জীবনের এরকম বিশেষ পরিবর্তনগুলোর সময় মার্কেটপ্লেসের মাধ্যমে আপনার কভারেজ অনতিবিলম্বে শুরু হয়ে যায়। আপনি যদি এনরোলমেন্টের সময় শুরু হওয়ার বাইরে আবেদন করেন তবে আমরা আপনাকে এই প্রশ্নগুলোর উত্তর দেওয়ার পরামর্শ দিচ্ছি (নভেম্বর 1 - জানুয়ারি 15)।

এই প্রশ্নগুলো ঐচ্ছিক। যদি আপনার জীবন পরিস্থিতিতে কোন পরিবর্তন না হয়ে থাকে, আপনি এই উত্তরগুলো ফাঁকা রাখতে পারেন। আপনি মেডিকেড এর মধ্যে এবং শিশু স্বাস্থ্য বীমা প্রোগ্রামে (CHIP) নথিভুক্ত হতে পারেন বছরের যে কোন সময়ে, এমনকি যদি আপনার জীবনে কোন পরিবর্তন না হয়ে থাকে। কেন্দ্রে স্বীকৃত উপজাতি ও আলাস্কা দেশীয় শেয়ারহোল্ডারদের সদস্যরা কাভারেজ মার্কেটপ্লেসের মাধ্যমে বছরের যে কোন সময় নথিভুক্ত করতে পারেন।

আপনার বাড়ির পরিবর্তনগুলো সম্পর্কে আমাদের বলুন।

1. কেউ কি গত ৬০ দিনের মধ্যে উপযুক্ত স্বাস্থ্য কভারেজ হারিয়েছে, অথবা কেউ কি আগামী ৬০ দিনের মধ্যে উপযুক্ত স্বাস্থ্য কভারেজ হারানোর আশঙ্কা করছে?

নাম(সমূহ)	কভারেজের তারিখ শেষ অথবা শেষ হবে (মাস/দিন/বছর)
	/ /

2. কেউ কি গত ৬০ দিনের মধ্যে বিবাহিত হয়েছে?

নাম(সমূহ)	তারিখ (মাস/দিন/বছর)
	/ /

a.এই মানুষগুলোর কোন একজনের কি গত ৬০ দিনের মধ্যে যে কোন সময় উপযুক্ত স্বাস্থ্য কভারেজ ছিল? .... ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি হ্যাঁ, তাদের নাম(গুলো) নিম্নে অন্তর্ভুক্ত করুনঃ

3. কেউ কি গত ৬০ দিনের মধ্যে কারারোধ থেকে মুক্তি পেয়েছে (আটক বা কারাগার)?

নাম(সমূহ)	তারিখ (মাস/দিন/বছর)
	/ /

4. কেউ কি গত ৬০ দিনের মধ্যে যোগ্য অভিবাসন মর্যাদা লাভ করেছে?

নাম(সমূহ)	তারিখ (মাস/দিন/বছর)
	/ /

5. কেউ কি আশ্রিত, দত্তক গ্রহণের জন্য উপস্থাপন, অথবা ফসটার কেয়ার এর জন্য গত ৬০ দিনের ভেতর স্থাপন করা হয়েছে?

নাম(সমূহ)	তারিখ (মাস/দিন/বছর)
	/ /

6. কেউ একটি চাইল্ড সাপোর্ট অথবা অন্য আদালতের আদেশের কারণে গত ৬০ দিনের মধ্যে একজন নির্ভরশীল হয়ে পড়েছে?

নাম(সমূহ)	তারিখ (মাস/দিন/বছর)
	/ /

7. বিগত 60 দিনে কি কেউ জায়গা পরিবর্তন করেছেন?

নাম(সমূহ)	স্থান পরিবর্তনের তারিখ (মাস/তারিখ/বছর)
	/ /

a. আপনার পূর্ববর্তী ঠিকানা র জিপ কোড কি? ◯ আপনি বাইরের কোনো দেশ থেকে অথবা যুক্তরাষ্ট্রের অন্য কোনো অঞ্চল থেকে এসে থাকলে এই স্থানটি পূরণ করুন।

b.এই মানুষগুলোর কোন একজনের কি গত ৬০ দিনের মধ্যে যে কোন সময় উপযুক্ত স্বাস্থ্য কভারেজ ছিল? .... ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি হ্যাঁ, তাদের নাম(গুলো) নিম্নে অন্তর্ভুক্ত করুনঃ

নাম(সমূহ)