አያጠናቅቁ። ይህ ለመረጃ አላማዎች ብቻ ነው።

Health Insurance Marketplace

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

ለጤና ዋስትና ማመልከቻ እና የዋጋዎች አከፋፈል እርዳታ

በ HealthCare.gov መስመር ላይ በይበልጥ በአፋጣኝ ያመልከቱ።

ምን አይነት ሽፋን ለማግኘት ብቁ እንደሆኑ ለማወቅ ይህንን ማመልከቻ ይጠቀሙ

- ማርኬትፕሌስ በጠቅላላ በጤንነት እንዲቆዩ የሚረዳዎትን እቅድ ያቀርባል
- ወዲያዉ የጤና ሽፋንን ፕሪሚየም የሚቀንስ የግብር ጠቃሚ ነጥብ
- ነጻ ወይም የዝቅተኛ ዋጋ ሽፋን በሜድኬድ ወይንም በህጻናት የጤና ኢንሹራንስ ፕሮግራም (Children's Health Insurance Program (CHIP) **አንዳንድ የግቢ ደረጃዎች ለነጻ ወይም ለዝቅተኛ ዋጋ ብቁ ሊሁኑ ይችላሉ።**

ይህን ማመልከቻ ማን ሊጠቀምበት ይችላል?

- ይህንን ማመልከቻ በቤትዎ ውስጥ ለሚገኝ ለማንኛውም ሰው ለማመልከት መጠቀም ይችላሉ።
- **እርስዎ ባለቤትዎ ወይም ልጅዎ የጤና ኢንሹራንስ ቢኖራችሁም ለነጻ ወይም ለመጠነኛ ክፍያ ሽፋን ብቁ ሊሁኑ ስለሚችሉ ያመልክቱ።**
- ያላገቡ ከሆኑ፣ አጠር ባለ ፎርም መጠቀም ይችላሉ። HealthCare.govን ይጎብኙ።
- ብቁ የሆኑ ስደተኞች ያሉበትም ቤተሰብ ማመልከት ይችላል። ለሽፋኑ ብቁ ባይሆኑም ለልጅዎ ማመልከት ይችላሉ። ማመልከትዎ የስደተኛነት ወረቀቶን ግሪን ካርድ የማግኘቶን ወይንም ዜጋ የመሆኖን እድል አያደናቅፍም።
- የሆነ ሰው ይህን ማመልከቻ ለመሙላት እያገዝዎ ከሆነ፣ ተቀጥያ Cን መሙላት ሊያስፈልግዎ ይችላል።

ለማመልከት የሚያስፈልግዎ

- ሶሻል ሴኪዉሪቲ ቁጥር (Social Security Numer- SSN) (ወይም የዶክመንት ቁጥር ሽፋን ለሚፈልጉ ብቁ ስደተኞች)
- አሰሪ እና የገቢ መረጃ በቤተስብ ውስጥ ለሚገኝ እያንዳንዱ ግለሰብ (ምሳሌ፣ የክፍያ ማስረጃ (ፔይ ስተብ)፣ የ W-2 ቅጽ ወይም የደመወዝና የግብር መግለጫ)።
- አሁን ስራ ላይ የመድህን ውል ካለ መለያ ቁጥሮች።
- ቤተሰብ ውስጥ ከስራ ጋር የተያያዘ የጤና መድህን ካለ መረጃዎቹ።

ይህን መረጃ ለምንድን ነው የምንጠይቀው?

ስለ ገቢ እና ሌላ መረጃ የጠየቅነው ብቁ የምትሆኑበትን መድህን እና በክፍያው እርዳታ ሊያገኙ ይችሉ እንደሆነ ልንነግርዎት ነው። **በህጉ መስረት፣ የሚያቀርቡት መረጃ በሞላ በምስጢር አጥብቀን እንይዛለን።** ለግላዊነት ህግ (Privacy Act Statement) መግለጫ፣ HealthCare.govን ይጎብኙ፣ ወይም መመሪያዎቹን ይመልከቱ።

ከዚህ ምን ይቀጥላል?

በገጽ 10 ላይ ወዳለው አድራሻ የተሟላ እና የተፈረመበት ማመልከቻዎን ለማስቀመጥ ከዚያም ለመላክ ቅጂ ያስቀምጡ። **ለምንጠይቀው መረጃ ሙሉ በሙሉ ባይኖርዎትም፣ ግድየለም ማመልከቻዎን ገቢ ያድርጉ።** ከ 1 እስከ 2 ሳምንት ባለ ገዜ ዉስጥ እነገኞታለን **የበለጠ መረጃ ካስፈለገንም ከማርኬትፕሌስ እንደዉላልን።** የእርስዎን ማመልከቻ ካቀናበርን በኋላ የብቁነት ማሳሰቢያ በፖስታ ያገኛሉ። ይሄንን ማመልከቻ ሞሉ ማለት የጤና ኢንሹራንስ መግዛት አለቦት ማለት አይደለም።

ይህን ማመልከቻ ለመሙላት እርዳታ ያግኙ

መስመርላይ፡- HealthCare.gov

- **ቴሌፎን፡-** የMarketplace የጥሪ ማእከል **1-800-318-2596** ይደውሉ። የTTY ተጠቃሚዎች በዚህ ስልክ **1-855-889-4325** ይደውሉ።
- **በግለሰብ ደረጃ፡-** በአካባቢዎ ማገዝ የሚችሉ አማካሪዎች ሊኖሩ ይችላሉ። ለተጨማሪ መረጃ HealthCare.govን ይጎብኙ ወይም ወደ Marketplace የጥሪ ማእከል በ **1-800-318-2596** መደወል ይቸላሉ.
- **ሌሎች ቋንቋዎች፡-** ከእንግሊዘኛ በሌላ ቋንቋ እርዳታ ካስፈለገዎ፣ **1-800-318-2596** ይደውሉና የደንበኞች አገልግሎት ተወካይን የሚፈልጉትን ቋንቋ ይንገሩት። ያለምንም ክፍያ እርዳታ እናገኝልዎታለን።

እንደ ትልቅ ህትመት፣ ብሬይል ወይም ኦዲዮ ባሉ ተደራሽ ቅርጸቶች የእርስዎን መረጃ የማግኘት መብት አልዎት። እንዲሁም አድልዎ እንደተፈጸመብዎ ከተሰማዎ ቅሬታ የማቅረብ መብት አልዎት። **CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice** ይጎብኙ ወይም በ **1-800-318-2596** ይደውሉ። የTTY ተጠቃሚዎች ወደ **1-855-889-4325** መደወል ይችላሉ።

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

አያጠናቅቁ። ይህ ለመረጃ አላማዎች ብቻ ነው።

በአብይ ሆሄያት በጥቁር ወይም በጥቁር ሰማያዊ ቀለም ብቻ በመጠቀም ያትሙ።
(◯) ክቦችን በዚህ → ● አይነት ይሙሉ።

1ኛ ደረጃ፡- ስለራስዎ ይንገሩን።

(ለእርስዎ ማመልከቻ የእውቂያ ሰው እንዲሆን ከቤተሰብዎ ውስጥ አንድ አዋቂ ሰው እንፈልጋለን።)

1. የመጀመርያ ስም | መካከለኛ ስም | የመጨረሻ ስም | ተቀጥያ

2. የቤት አድራሻ (ከሌለዎት ክፍቱን ይተዉት) | 3. የቤት አድራሻ 2

4. ከተማ | 5. ስቴት | 6. ዚፕ ቁጥር | 7. አውራጃ (ካዉንቲ)

8. የፖስታ አድራሻ (ከመኖርያ አድራሻ የተለየ ከሆነ) | 9. የፖስታ አድራሻ 2

10. ከተማ | 11. ስቴት | 12. ዚፕ ቁጥር | 13. አውራጃ (ካዉንቲ)

14. የስልክ ቁጥር ( ) - | 15. ሁለተኛ የስልክ ቁጥር ( ) -

16. ስለዚህ ማመልከቻ መልእክት በኢሜይል ማግኘት ይፈልጋሉ ወይ? .... ◯ አዎን ◯ አይደል

የኢሜይል አድራሻ፡-

17. ተመራጭ ቋንቋ: የጽሁፍ | የንግግር

2ኛ ደረጃ፡- ስለ ቤተሰብዎ ይንገሩን

እዚህ ማመልከቻ ውስጥ ማንን መጨመር ይፈልጋሉ?

ለሁሉም የቤተሰቦ ክፍል በገጽ ሁለት ላይ የሚገኘዉን ክፍል ይሙሉ ያ ሰው የጤና ሽፋን ቢኖረዉም እንኳዋን። እዚ ላይ የሚሰጡን መረጃ ሁሉም ሰዉ ማግኘት የሚችለዉን ምርጥ የጤና ሽፋን እንዲያገኝ እንድናግዘዉ ይረዳናል። ማግኘት የሚችሉት እርዳታ ወይም ብቁ የሚሆኑለት ፕሮግራም በቤተሰቦ ቁጥር እና በሚያገኙት ገቢ ይወሰናል። የጤና ሽፋን ስላለዉ ብለዉ ቤትዎ ዉስጥ ያለን ሰዉ ባይጨምሩ ብቁነትዎ ላይ ተጽእኖ ሊያመጣ ይችላል።

ዋስትና ለሚፈልጉ አዋቂዎች፡-
ራሳቸው ለጤና ዋስትና የሚያመለክቱ ባይሆኑም እነዚህን ሰዎች ጨምሯቸው፡-

- የሆነ/ች ሚስት/ባል
- አብሮዎት የሚኖሩ ከ 21 አመት በታች የሆኑ ልጆቾ የእንጀራ ልጆቾን ጭምሮ።
- በፌደራል አገርውስጥ ገቢ ሰነድ አንድ ላይ የሚታይ የሆነ ሌላ ሰው (እድሜአቸው ከ21 በላይ ሆኖ በወላጆቻቸው የታክስ ሰነድ የተካተቱ ልጆችን ጨምሮ)። የጤና ዋስትና ለማግኘት የግብር ፋይል የግድ መክፈት የለብዎትም።

እድሜአቸው ከ21 በታች ሆኖ ዋስትና የሚፈልጉ ልጆች፡-
ራሳቸው ለጤና ዋስትና የሚያመለክቱ ባይሆኑም እነዚህን ሰዎች ጨምሯቸው፡-

- አብረው የሚኖሩ ማንኛውም ወላጅ (ወይም የእንጀራ ወላጅ)
- አብረው የሚኖሩ ማንኛውም ወንድም/እህት
- አብረው የሚኖሩ ማንኛውም ወንድ ወይም ሴት ልጅ፣ የእንጀራ ልጆችን ጨምሮ
- አብሮዎት የሚኖር የትዳር ጓደኛ
- በፌደራል የግብር ክፍያ ሰነድ የታየ ማንኛውም ሌላ ሰው። የጤና ዋስትና ለማግኘት የግብር ክፍያ ሰነድ መክፈት አያስፈልግዎትም።

ሁለተኛዉን ክፍል በቤትዎ ዉስጥ ላሉት ሰዎች በሙሉ ይሙሉ

ከራስዎ ይጀምሩ እና ሌሎች አዋቂዎችን እና ልጆችን ይጨምሩ። ከሁለት በላይ ሰዎች ቤተሰቦ ዉስጥ ካሉ ገጾቹን አባዝተዉ ማጣበቅ አለቦት።

የጤና ሽፋን ለማይስፈልጋቸዉ የቤተስቦ አካላት የስደተኛነት ሁኔታቸዉን እና ሶሻል ሴኪዉርቲ ቁጥራቸዉን ማቅረብ አይጠበቅቦትም። ህጉ በሚጠይቀዉ መሰረት የሚሰጡንን መረጃ በሙሉ ደህንነቱ በተጠበቀ መልኩ የምንይዘዉ ይሆናል። የግል መረጃዎቾን የምንጠቀመዉ ለጤና ሽፋኑ ብቁ መሆኖን ለማረጋገጥ ብቻ ነው።

አያጠናቅቁ። ይህ ለመረጃ አላማዎች ብቻ ነው።

2ኛ ደረጃ፡- ግለሰብ ቁጥር 1 (በራስዎ ይጀምሩ)

ክፍል ሁለትን ለራስዎ ለትዳር አጋርዎ እና አብረዎት ለሚኖሩ ጥገኞች ወይም የፌደራል ገቢ ገብር መላሾ ላይ የተመዘገቡ ማንኛዉም ሰው (ፋይል ካረጉ) ይምሉ። ማንን ማስገባት እንዳለቦት የበለጠ መረጃ ከፈለጉ ገጽ አንድን ይመልከቱ። የግብር ምላሽ ባያስገቡም ቤትዎ የሚገኙትን ሰዎች ሁሉ ይጨምሩ።

1. የመጀምርያ ስም　　መካከለኛ ስም　　የመጨረሻ ስም　　ተቀጥያ

2. ከግለሰብ ቁጥር 1 ጋር ዝምድና? ራሴ

3. ባለትዳር ነዎት ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደል

4. የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም.) ___ / ___ / ___

5. ፆታ ◯ ሴት ◯ ወንድ

6. Social Security Number (SSN) (ሶሺያል ሴኩሪቲ ቁጥር)

★ **የጤና ሽፋን የሚፈልጉ ከሆነ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር (Social Security number) (SSN) የምንጠይቅ ሲሆን አዲስ ማግኘትም ይችላሉ።** የማህበራዊ ዋስትና ቁጥርዎን የምንፈልገው የገቢዎንና ሌሎች መረጃዎችን ለማወቅና ለጤና ሽፋን ለመክፈል እገዛ የሚያስፈልገው ማን እንደሆነ ለመወሰን ነው። እንዴት ሶሻል ሴኪዉሪቲ ቁጥር ማግኘት እንደሚቻል የበለጠ መረጃ ለማግኘት ከፈለጉ ይህንን ድህረ ገጽ **SSA.gov** ይጎብኙ ወይም በዚ ቁጥር 1-800-772-1213 ይደዉሉ የTTY ተጠቃሚዎች በዚህ ቁጥር መደወል 1-800-325-0778 ይችላሉ.

7. **<u>የሚመጣው አመት</u> የፌደራል ታክስ ሰንድ መሙላት ይፈልጋሉ ወይ?** ምንም እንኳን የፌደራል ታክስ ሰንድ ገቢ ባያደርጉም ለዋስትና ማመልከት ይችላሉ።

◯ **አዎን። አዎን ከሆነ፣** ከ a እስከ c ያሉትን ንጥል ነገሮች ይመልሱ።　◯ **አይደለም፤ አይ ካሉ፣** ወደ c ንጥል ነገር ይዝለሉ።

a. ከባለቤትዎ ጋር አብረው ነው ወይ የሚያመልክቱት? ◯ አዎን ◯ አይደል

አዎን ከሆነ፣ የባለቤትዎን ስም ይፃፉ፡-

b. በታክስ ሰነድዎ የሚያስገቧቸው የርስዎ ጥገኞች አሉ ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደል

አዎን ከሆነ፣ የጥገኞቹን ስሞች እዚህ ይዘርዝሩ፡-

c. በሌላ ሰው የታክስ ሰነድ እርስዎ ይገባሉ ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደል

አዎን ከሆነ፣ የግብር አስገቢውን ስም ያስፍሩ　　የታክስ ሰነድ ከሚሞላው ጋር ዝምድናዎ እንዴት ነው?

8. እርግዘዋል ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደል　a. **አዎን ከሆነ፣** በዚህ እርግዝና ስንት ህፃናት ይጠበቃሉ?

9. **የጤና ዋስትና ያስፈልግዎታል ወይ?** ምንም እንኳን ዋስትና ቢኖርዎትም፣ የተሻለ ዋስትና ወይም ዝቅተኛ ዋጋዎች ያለው ፕሮግራም ሊኖር ይችላል።

◯ **አዎን ከሆነ፣** ከዚህ በታች ያሉትን ጥያቄዎች በሙሉ ይመልሱ። ⬇　◯ **አይደል። አይደለም ከሆነ፣** ገፅ 3 ወደሚገኙት የገቢ ጥያቄዎች <u>ይዝለሉ</u>። በዚህ ገፅ የተቀረውን ክፍቱን ይተውት። ➡

10. በእንቅስቃሴዎች ውስጥ እንዲገደቡ የሚያደርግዎት አካላዊ፣ አእምሮአዊ፣ ወይም ስነልቦናዊ የጤና ችግር፣ ልዩ የጤና እንክብካቤ ፍላጎት አልዎት፣ ወይም በህክምና ተቋም ውስጥ ወይም በነርሲንግ ቤት ውስጥ ይኖራሉ? ◯ አዎን ◯ አይደል

11. **የዩ. ኤስ. ዜጋ** ወይም **የዩ.ኤስ. ተወላጅ** ነዎት ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደል

12. **naturalized** ወይስ **derived ዜጋ ነዎት**? (ይህ ባብዛኛው የተወለዱት ከዩ.ኤስ. ውጭ ነው ማለት ነው።)

◯ **አዎን። አዎን ከሆነ፣** a እና bን ይሙሉ።　◯ **አይደል። አይደለም ከሆነ፣** ወደ 13ኛ ጥያቄ ይቀፅሉ።

a. Alien (ባይተዋር) ቁጥር፡-　　b. የምስክር ወረቀት ቁጥር፡-　　a እና bን ከጨረሱ ወደ ጥያቄ 15 ይዝለሉ።

13. **የዩ.ኤስ. ዜጋ ወይም የዩ.ኤስ. ተወላጅ ካልሆኑ፣** የስደተኛ ተቋም ብቃት አለዎት ወይ? ◯ **አዎን።** የሰንድ አይነትና መታወቂያ ID ቁጥር ያስገቡ። ወደ መመሪያዎች ይሂዱ።.

የስደተኛ ሰነድ አይነት	የተቋም አይነት (ግዴታ የሌለበት)	ስምዎን በስደተኛ ሰነድ እንደሚታየው አድርገው ይፃፉ።

Alien ወይም I-94 ቁጥር	የካርድ ቁጥር ወይም የፓስፖርት ቁጥር
SEVIS ID ወይም የሚወድቅበት ቀን (ግዴታ የሌለበት)	ሌላ (የደረጃ ኮድ ወይም የተሰጠበት አገር)

a. ከ1996 ጀምረው ነወይ ዩ.ኤስ. የሚቀመጡት? ◯ አዎን ◯ አይደል

b. እርስዎ፣ ወይም ባለቤትዎ ወይም ወላጅዎ፣ ወይም አይም የዩ.ኤስ. ሚሊታሪ አባል ናችሁ ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደል

14. ካለፉት 3 ወሮች ጀምሮ የህክምና የሂሳብ መጠየቂያ አከፋፈል እርዳታ ይፈልጋሉ ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደል

15. እድሜው/ዋ ከ19 በታች የሆነ ቢያንስ ከአንድ ልጅ ጋር አብረው ይኖራሉ ወይ፣ እናም የዚህ/ች ልጅ ዋና ተንከባካቢ ነዎት ወይ? (እርስዎ ወይም ባለቤትዎ ይህ(ቺ)ን ልጅ ትንከባከቡ ከሆነ "አዎን"ን ምረጡ።) ◯ አዎን ◯ አይደል

በቤትዎ ዉስጥ የሚገኙትን ከ19 አመት በታች የሆኑትን ልጆች ስም እና ያሎትን ግንኙነት ያስፍሩ

16. ሙሉ ቀን ተማሪ ነዎት ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደል

17. እድሜዎ 18 አመት ወይም ከዚያ በላይ በነበረበት ወቅት በማደጎ እንክብካቤ ውስጥ ነበሩ ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደል

በሚቀጥለው ገጽ ላይ ይቀጥላል

አያጠናቅቁ። ይህ ለመረጃ አላማዎች ብቻ ነው።

አስገዳጅ ያልሆነ፡- (ይህን መረጃ ማቅረብ ብቁነት፣ የዕቅድ አማራጮች ወይም ወጪዎች ላይ ተፅዕኖ አይፈጥርም።)

(የሚመለከትዎን ይሙሉ።)

19. ዘር፡-

◯ ነጭ ◯ ጥቁር ወይም አፍሪካን አሜሪካዊ ◯ አሜሪካዊ ሕንድ ወይ የአላስካ ተወላጅ ◯ ፊሊፒኖ ◯ ጃፓኒዝ ◯ ኮርያን ◯ ኤሺያን ሕንድ ◯ ቻይናዊ

◯ ቪዬትናሚዝ ◯ ሌላ ኤሽያዊ ◯ የሀዋይ ተወላጅ ◯ ጉዋማዊ ወይም ቻሞሮ ◯ ሳሞዋን ◯ ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ ◯ ሌላ ______

አንድ ምላሽ ይምረጡ።

20. በወሊድ ጊዜ የተመደበ ፆታ (የልደት የምስክር ወረቀትዎ ላይ ሊገኝ ይችላል)፡-

◯ ሴት ◯ ወንድ ◯ ሌላ፡-: ______ ◯ አላውቅም ◯ ላለመመለስ እመርጣለሁ

21. የአሁን ጾታ፡-

◯ ሴት ◯ ወንድ ◯ ትራንስጀንደር ሴት ◯ ትራንስጀንደር ወንድ ◯ የተለየ ቃል፡- ______ ◯ አላውቅም ◯ ላለመመለስ እመርጣለሁ

22. የወሲብ ዝንባሌ፡-

◯ ባይሴክሹዋል ◯ ሌዝቢያን ወይም ግብረ ሰዶማዊ ◯ ቀጥተኛ (ሌዝቢያን ወይም ግብረ ሰዶማዊ ያልሆነ) ◯ የተለየ ቃል፡- ______ ◯ አላውቅም
◯ ላለመመለስ እመርጣለሁ

2ኛ ደረጃ፡- ግለሰብ ቁጥር 1 (ከራስዎ ጋር ይቀጥሉ።)

የወቅቱ ስራና የገቢ መረጃ

◯ **ሰራተኛ፡-** አሁን በቅጥር ላይ ካሉ፣ ገቢዎን ይንገሩን። በ 23ኛዉ ቁጥር ይጀምሩ።

◯ **ስራፈት፣-** ወደ 33ኛዉ ቁጥር ይዉረዱ።

◯ **በግል ስራ የተሰማራ፡-** ወደ 32ኛዉ ቁጥር ይዉረዱ።

የወቅቱ ስራ ቁ. 1፡-

23.የቀጣሪ ስም ______

a. የቀጣሪ አድራሻ (ከተፈለገ) ______

b. ስቴት ______ | c. ዚፕ ኮድ ______ | d. ዚፕ ኮድ ______ | 24. የቀጣሪ ቴሌፎን ቁጥር (______) ______ - ______

25. ደሞዞች/ጉርሻዎች (ከግብር ክፍያ በፊት) $ ______ ◯ በሰአት ◯ በሳምንት ◯ በየ2 ሳምንቶች ◯ በወር ሁለት ጊዜ ◯ በየወሩ ◯ በአመት

26. በያንዳንዱ ሳምንት የሚሰሩ ሰአቶች ______

የወቅቱ ስራ ቁ. 2፡-(ተጨማሪ ስራዎች ካሉዎትና ተጨማሪ ቦታ ካስፈለገዎ፣ ሌላ ነጠላ ወረቀት ያያይዙ።)

27. የቀጣሪ ስም ______

a. የቀጣሪ አድራሻ (ከተፈለገ) ______

b. ስቴት ______ | c. ዚፕ ኮድ ______ | d. ዚፕ ኮድ ______ | 28. የቀጣሪ ቴሌፎን ቁጥር (______) ______ - ______

29. ደሞዞች/ጉርሻዎች (ከግብር ክፍያ በፊት) $ ______ ◯ በሰአት ◯ በሳምንት ◯ በየ2 ሳምንቶች ◯ በወር ሁለት ጊዜ ◯ በየወሩ ◯ በአመት

30. በያንዳንዱ ሳምንት የሚሰሩ ሰአቶች ______

31. ባለፈው አመት፣ ይህን አከናውነው ይሆን፡- ◯ ስራዎች መለዋወጥ ◯ ስራ ማቋረጥ ◯ የስራ ሰአቶች መቀነስ ◯ ማንኛዎችንም አላደርኩም

32. **በግል የሚሰሩ ከሆነ፣ a እና bን ይመልሱ፡-**

a. የስራ አይነት፡- ______

b. ምን ያህል የተጣራ ገቢ መጠን (የቢዝነስ ወጭዎች ከተከፈሉ በኋላ ትርፎች) ከዚህ የግል ስራ በዚህ ወር ያገኛሉ? ወደ መመሪያዎች ይሂዱ። $ ______

በሚቀጥለው ገጽ ላይ ይቀጥላል

33. **በዚህ ወር የሚያገኙት ሌላ ገቢ፡-** የሚመለከትዎትን ሁሉንም ይሙሉ፣ እናም ምን ያህል እና በየስንት ጊዜ እንደሚያገኙ ይስጡ። ከሌለ እዚሁ ይሙሉ። ◯
ማሳሰቢያ፡- ከልጅ ድጋፍ (child support)፣ ከአርበኞች ክፍያዎች፣ ወይም የመንግስት ድጎማ (Supplemental Security Income (SSI)) ስለሚገኝ ገቢ መንገር አያስፈልግዎትም።

◯ ስራ-አጥነት
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

◯ ከትዳር ፍቺ የሚገኝ (ማስታወሻ፡ ከ 1/1/2019 ለተፈጸሙ ፍቺዎች ብቻ።)
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

◯ ጡረታ
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

◯ ከእርሻ/ዓሳ ማጥመድ የተጣራ
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

◯ Social Security
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

◯ ከኪራይ/ከመብት ክፍያ (royalty) የተጣራ
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

◯ የጡረታ ሂሳቦች
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

◯ ሌላ ገቢ, አይነት: ______
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

34. **ቅነሳዎች፡-** የሚመለከትዎትን ሁሉንም ይሙሉ፣ እናም ምን ያህል እና በየስንት ጊዜ እንደሚከፍሉ ይስጡ። ላንዳንድ ነገሮች ከፌደራል ግብር የሚቀነስ የሚከፍሉ ከሆነ፣ ስለነሱ ከነገሩን የጤና ዋስትናን ወጪን በትንሹ ሊያስቀንስ ይችላል። እርስዎ የሚከፍሉትን የልጅ ድጋፍ፣ ወይም አስቀድሞ ለተጣራ የግል የስራ ቅጥር (ጥያቄ 32b) በሰጡት መልስ ላይ ግምት ውስጥ የገባውን ወጪ አያካትቱ። .

◯ በፍቺ ምክንያት የተከፈለ (**ማስታወሻ፡** ከ 1/1/2019 ለተፈጸሙ ፍቺዎች ብቻ።)
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

◯ ሌሎች ቅንስናሾች, አይነት: ______
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

◯ የጡረታ ሂሳቦች
$ ______ በየሰንት ጊዜ? ______

35. **በአመቱ ውስጥ ገቢዎ ከተለወጠ ይህን ጥያቄ ይሙሉ፣** ለምሳሌ ለከፊል ዓመቱ ብቻ ሥራ ከሰሩ ወይም ለተወሰኑ ወራት ጥቅማጥቅሞችን ካገኙ ይህንን ጥያቄ ይሙሉ። በወርሀዊ ገቢዎ ለውጥ የሚኖር ካልመሰለዎ ወደሚቀጥለው ግለሰብ መዝለል ይችላሉ። ➡

የዚህ አመት የርስዎ ጠቅላላ ገቢ	**የሚመጣው አመት** የርስዎ ጠቅላላ ገቢ (የሚለይ ከመሰለዎ)
$ ______	$ ______ ◯ የወደፊት ገቢዎ ለመገመት የሚከብድ ከመሰሎት ይሙሉ

እናመሰግናለን! ስለርስዎ ማወቅ የምንፈልገው ይህን ብቻ ነው።

አያጠናቅቁ። ይህ ለመረጃ አላማዎች ብቻ ነው።

2ኛ ደረጃ፡- ግለሰብ ቁጥር 2

ማሳሰብያ፡- ይህ/ቺ ግለሰብ የጤና ዋስትና ካላስፈለገው/ጋት፣ በዚህ ገፅ ከ1-10 ያሉትን ጥያቄዎች ብቻ መልሱ። ቤትዎ ከ2 በላይ ሰዎች ካሉ ከ5-7 ያሉትን ገፆች ቅጂ ያድርጉ።

ይህን ገፅ ለባለቤትዎ/የኑሮ ጓደኛዎ እና ከርስዎ ጋር ለሚኖሩ ልጆች ይሙሉት፣ እና/ወይም በርስዎ የፌደራል ግብር ሰነድ የሚያስመዘግቡ ከሆነ እዚያ የሚታይ ማንኛውም ግለሰብ። የፌደራል ግብር ሰነድ የማያስመዘግቡ ከሆነ፣ ከርስዎ ጋር የሚኖሩ የቤተሰብ አባላትን መጨመር አሁንም ያስታውሱ። እነማንን ለማካተት ተጭማሪ መረጃ ገፅ 1 ይመልከቱ።

1. የመጀምርያ ስም　　መካከለኛ ስም　　የመጨረሻ ስም　　ተቀጥያ

2. ከግለሰብ ቁጥር 1 ጋር ዝምድና? ወደ መመሪያዎች ይሂዱ

3. ግለሰብ ቁጥር 2 አግብቷል/አግብታለች ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

4. የትውልድ ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም.)

5. ፆታ ◯ ሴት ◯ ወንድ

6. Social Security Number (SSN)

★ ግለሰብ ቁጥር 2 የጤና ዋስትና እንዲኖረው ከፈለጉ ይህ መረጃ ያስፈልገናል፣ እናም ግለሰብ ቁጥር 2 SSN አለው።

7. ግለሰብ ቁጥር 2 ከግለሰብ ቁጥር 1 ጋር በአንድ አድራሻ ይኖራል ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

ካልሆነ፣ አድራሻ ዘርዝሩ፡-

8. **ግለሰብ ቁጥር 2 የሚመጣው አመት የፌደራል ግብር ሰነድ ለማስመዝገብ እቅድ አለው ወይ?** (ግለሰብ ቁጥር 2 የፌደራል ግብር ሰነድ ባያስመዘግብም እርስዎ ለጤና ዋስትና ማመልከት አሁንም ይችላሉ።)

◯ **አዎን። አዎን ከሆነ፣** ከሆነ ከ a እስከ c ይመልሱ　◯ **አይደለም፤ መልሶ አይደለም** ከሆነ ቀጥታ ወደ c ይሂዱ

a. ግለሰብ ቁጥር 2 ከባለቤቱ/ቷ ጋር አብረው ሂሳብ ይዘጋሉ ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

አዎን ከሆነ፣ የባለቤትን ስም ይፃፉ፡-

b. ግለሰብ ቁጥር 2 በግብር ሰንዱ ወይም ሰነዱ ጥገኞች ያ/ታስገባ ይሆን ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

አዎን ከሆነ፣ የጥገኞችን ስም(ሞች) ይዘርዝሩ፡-

c. ግለሰብ ቁጥር 2 ጥገኛ ነው ተብሎ በሌላ ሰው የግብር ሰነድ ይጠቀስ ይሆን ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

አዎን ከሆነ፣ የግብር አስመዝጋቢ ስም ይዘርዝሩ፡-　　ግለሰብ ቁጥር 2 ከግብር አስመዝጋቢ ጋር ዝምድናቸው እንዴት ነው?

9. ግለሰብ ቁጥር 2 እርጉዝ ለች ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ　a. **አዎን ከሆነ፣** በዚህ እርግዝና ስንት ህፃናት ይጠበቃሉ?

10. **ግለሰብ ቁጥር 2 የጤና ዋስትና ያስፈልገዋል/ታል ወይ?** (ምንም እንኳን ግለሰብ ቁጥር 2 ዋስትና ቢኖረውም/ቢኖራትም፣ የተሻለ ዋስትና ወይም ያነሰ ዋጋዎች ያለው ፕሮግራም ሊኖር ይችላል።)

◯ **አዎን። አዎን ከሆነ፣** ከዚህ በታች ያሉትን ጥያቄዎች በሞላ ይመልሱ። ⬇　◯ **አይደለ። አይደለ ከሆነ፣** ገፅ 5 ወደሚገኙት የገቢ ጥያቄዎች ይዝለሉ። የዚህን ገፅ የተቀረውን ክፍቱን ይተውት። ➡

11. ሁለተኛዉ ሰው ልዩ የሆነ የጤና ችግር ወይም እንቅስቃሴን (መታጠብን መልበስን የቤት ዉስጥ ስራ መስራትን) የሚገድብ የአካላዊ ስነ ልቦናዊ ወይም ስሜታዊ የጤና ችግር አለዉ? ወይም በህክምና መገልገያ ወይም የአዛዉንት ቤት ውስጥ ይኖራል? ◯ አዎን ◯ አይደለ

12. ግለሰብ ቁጥር 2 **የዩ.ኤስ. ዜጋ** ወይም **የዩ.ኤስ. ተወላጅ** ነወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

13. ግለሰብ ቁጥር 2 **naturalized** ወይም **derived ዜጋ** ነው ወይ? (ይህ ባብዛኛው ከዩ.ኤስ. ውጭ መወለዳቸውን ያመለክታል።)

◯ **አዎን። አዎን ከሆነ፣** a እና bን ይሙሉ።　◯ **አይደለ። አይደለ ከሆነ፣** ወደ ጥያቄ 14 ይዝለሉ።

a. Alien (ባይተዋር) ቁጥር　　b. የምስክር ወረቀት ቁጥር　　a እና bን ከጨረሱ ወደ ጥያቄ 15 ይዝለሉ።

14. **ግለሰብ ቁጥር 2 የዩ.ኤስ. ዜጋ ወይም የዩ.ኤስ ተወላጅ ካልሆነ፣** የስደተኛ ብቃት አላቸው ወይ? ◯ **አዎን።** የሰነድ አይነት እና መታወቂያ ID ቁጥር ያስገቡ። ወደ መመሪያዎች ይሂዱ።

የስደተኛ ሰነድ አይነት፡-:　　የይዘት አይነት (የማያስገድድ):　　የግለሰብ ቁጥር 2ን ስም በስደተኛ ሰነድ እንደሚታየው አድርገው ይፃፉ።

Alien የባይተዋር ወይም I-94 ቁጥር　　የካርድ ቁጥር ወይም የፓስፖርት ቁጥር

SEVIS ID ወይም የሚወድቅበት ቀን (የማያገድድ)　　ሌላ (የደረጃ ኮድ ወይም ሰጪ አገር)

a. ግለሰብ ቁጥር 2 በዩ.ኤስ. ከ1996 ጀምሮ ተቀምጧል/ጣለች ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

b. ግለሰብ ቁጥር 2፣ ወይም የግለሰብ ቁጥር 2 ባለቤት ወይም ወላጅ፣ አርበኛ ወይስ የዩ.ኤስ. ሚሊቴር ገቢር አባል ነው? ◯ አዎን ◯ አይደለ

15. ግለሰብ ቁጥር 2 ካለፉት 3 ወራት የህክምና ሂሳብ መጠየቂያዎች ለመክፈል እርዳታ ይፈልጋል/ትፍልጋለች ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

16. ግለሰብ ቁጥር 2 እድሜው/ዋ ከ19 በታች ከሆነ/ች ቢያንስ አንድ ልጅ ጋር አብሮ/ራ ይኖራል/ትኖራለች ወይ፣ እናም ግለሰብ ቁጥር 2 ነ ወይ ልጁን/ልጇቱን በተቀዳሚነት የሚ(ምት) ንከባከበው? (ሁለተኛዉ ሰዉ ወይም የትዳር አጋራቸዉ ይሄንን ልጅ የሚንከባከቡ ከሆነ "አዎ" ብለዉ ይሙሉ) ◯ አዎን ◯ አይደለ

17. እድሜአቸው ከ19 በታች የሆነ ከግለሰብ ቁጥር 2 ጋር ቤታቸው ውስጥ ሊኖሩ የሚችሉ የሆኑ ልጆች ስማቸውንና ዝምድናቸውን ይዘርዝሩ፡- (እነዚህ በገፅ 2 የተዘረሩ እነዚያው ልጆች ሊሆኑ ይችላሉ።)

ግለሰብ ቁጥር 2 እድሜው/ዋ 18 ወይም ከዚያ በላይ ሳለ/ች የማደጎ ልጅ ለበረ/ች ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

ግለሰብ 2 እድሜው 22 ወይም ከዚያ በታች ከሆነ እነዚህን ጥያቄዎች ይመልሱ፡

19. ግለሰብ ቁጥር 2 በስራው አማካኝነት መድህን ነበረው ወይ እናም ባለፉት 3 ወሮች ውስጥ ተቋረጠበት ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

a. **አዎን ከሆነ፣** የተቋረጠበት ቀን፡-　　b. መድህኑ የተቋረጠበት ምክንያት፡-

20. ግለሰብ ቁጥር 2 የሙሉ ቀን ተማሪ ነው ወይ? ◯ አዎን ◯ አይደለ

በሚቀጥለው ገጽ ላይ ይቀጥላል

አስገዳጅ ያልሆነ፡- (ይህን መረጃ ማቅረብ ብቁነት፣ የዕቅድ አማራጮች ወይም ወጪዎች ላይ ተፅዕኖ አይፈጥርም።)

(የሚመለከትዎን ይሙሉ።)

21. ዘር፡-

◯ ነጭ ◯ ጥቁር ወይም አፍሪካን አሜሪካዊ ◯ አሜሪካዊ ሕንድ ወይ የአላስካ ተወላጅ ◯ ፊሊፒኖ ◯ ጃፓኒዝ ◯ ኮሪያን ◯ ኤሺያን ሕንድ ◯ ቻይናዊ

◯ ቪዬትናሚዝ ◯ ሌላ ኤሽያዊ ◯ የሀዋይ ተወላጅ ◯ ጉዋማዊ ወይም ቻሞሮ ◯ ሳሞዋን ◯ ሌላ የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ ◯ ሌላ

አንድ ምላሽ ይምረጡ።

22. በወሊድ ጊዜ የተመደበ ፆታ (የልደት የምስክር ወረቀትዎ ላይ ሊገኝ ይችላል)፡-

◯ ሴት ◯ ወንድ ◯ ሌላ፡- ◯ አላውቅም ◯ ላለመመለስ እመርጣለሁ

23. የአሁን ጾታ፡-

◯ ሴት ◯ ወንድ ◯ ትራንስጀንደር ሴት ◯ ትራንስጀንደር ወንድ ◯ የተለየ ቃል፡- ◯ አላውቅም ◯ ላለመመለስ እመርጣለሁ

24. የወሲብ ዝንባሌ፡-

◯ ባይሴክሹዋል ◯ ሌዝቢያን ወይም ግብረ ሰዶማዊ ◯ ቀጥተኛ (ሌዝቢያን ወይም ግብረ ሰዶማዊ ያልሆነ) ◯ የተለየ ቃል፡- ◯ አላውቅም

◯ ላለመመለስ እመርጣለሁ

2ኛ እርምጃ፡- ግለሰብ ቁጥር 2

ግለሰብ ቁጥር 2 ሊኖረው/ራት ስለሚችል ገቢ ይንገሩን።
ምንም እንኳን ግለሰብ ቁጥር 2 የጤና ዋስትና ባያስፈልገውም/ባያስፈልጋትም ይህን ገፅ ይሙሉ።

ወቅታዊ ስራና የገቢ መረጃ

◯ **ተቀጥሯል/ተቀጥራለች፡- ግለሰብ ቁጥር 2** በአሁኑ ወቅት ተቀጥሮ/ራ ከሆነ ስለሱ/ሷ ገቢ ይንገሩን። በ 25ኛዉ ቁጥር ይጀምሩ።

◯ **አልተቀጠረ(ች)ም፡-** ወደ 35ኛዉ ቁጥር ይዉረዱ።

◯ **በግል ስራ የተሰማራ/ች፡-** ወደ 34ኛዉ ቁጥር ይዉረዱ።

የወቅቱ ስራ ቁ. 1፡-

25. የቀጣሪ ስም

a. የቀጣሪ አድራሻ (ከተፈለገ)

b. ስቴት	c. ዚፕ ኮድ	d. ዚፕ ኮድ	26. የቀጣሪ ቴሌፎን ቁጥር
			( ) -

27. ደሞዞች/ጉርሻዎች (ከግብር ክፍያ በፊት) $ ◯ በሰአት ◯ በሳምንት ◯ በየ2 ሳምንቶች ◯ በወር ሁለት ጊዜ ◯ በየወሩ ◯ በአመት

28. በያንዳንዱ ሳምንት የሚሰሩ ሰአቶች

ወቅቱ ስራ ቁ. 2፡-

(ግለሰብ ቁጥር 2 ተጨማሪ ስራዎች ካሉ(ሏ)ት፣ ሌላ ነጠላ ወረቀት አያይዙ።)

29. የቀጣሪ ስም

a. የቀጣሪ አድራሻ (ከተፈለገ)

b. ስቴት	c. ዚፕ ኮድ	d. ዚፕ ኮድ	30. የቀጣሪ ቴሌፎን ቁጥር
			( ) -

31. ደሞዞች/ጉርሻዎች (ከግብር ክፍያ በፊት) $ ◯ በሰአት ◯ በሳምንት ◯ በየ2 ሳምንቶች ◯ በወር ሁለት ጊዜ ◯ በየወሩ ◯ በአመት

32. በያንዳንዱ ሳምንት የሚሰሩ ሰአቶች

33. **ባለፈው አመት፣ ግለሰብ ቁጥር 2 የሚከተሉትን ፈፀመ/ች ወይ፡-** ◯ ስራዎች መለወጥ ◯ ስራ ማቋረጥ ◯ አነስተኛ ሰአቶች መስራት መጀመር ◯ ማንኛዎችም ከነዚህ አላደረገ(ች)ም

34. **ሁለተኛዉ ሰዉ የራሱ ተቀጣሪ ከሆነ a እና b ይሙሉ**

a. የስራ አይነት፡-

b. ግለሰብ ቁጥር 2 ምን ያህል የተጣራ ገቢ (የቢዝነስ ወጭዎች ከተከፈሉ በኋላ ትርፉ) በዚህ ወር ያገኛል/ታገኛለች? ወደ መመሪያዎች ይሂዱ። $

በሚቀጥለው ገጽ ላይ ይቀጥላል

35. **ግለሰብ ቁጥር 2 በዚህ ወር የሚያገኘው/የምታገኘው ሌላ ገቢ፡-** የሚመለከተውን/የሚመለከታትን ብቻ ይሙሉ፣ እናም ምን ያህልና በየስንት ጊዜ ግለሰብ ቁጥር 2 እንደሚያ(ምታ)ገኝ ይስጡ። ከሌለ እዚህ ይሙሉ። ◯ **ማሳሰቢያ፡-** ግለሰብ ቁጥር 2 ከልጅ ድጋፍ፣ ከአርበኛ ክፍያዎች፣ ወይም ከSupplemental Security Income (SSI) የሚያ(ምታ)ገኘውን መንገር አያስፈልግዎትም።

◯ ስራ-አጥነት $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____	◯ ከትዳር ፍቺ የሚገኝ (ማስታወሻ፡ ከ 1/1/2019 ለተፈጸሙ ፍቺዎች ብቻ።) $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____
◯ ጡረታ $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____	◯ ከእርሻ/ዓሳ ማጥመድ የተጣራ $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____
◯ Social Security $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____	◯ ከኪራይ/ከሙብት ክፍያ (royalty) የተጣራ $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____
◯ የጡረታ ሂሳቦች $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____	◯ ሌላ ገቢ, አይነት: ____ $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____

36. **ቅንስናሾች፡-** የሚመለከተውን/ታትን ይሙሉ፣ እናም ግለሰብ ቁጥር 2 ምን ያህልና በየስንት ጊዜው እንደሚያገኝ ይስጡ። ግለሰብ ቁጥር 2 ከፌደራል የገቢ ግብር የሚቀነሱ አንዳንድ ነገሮች ካሉት፣ ስለነሱ ቢነግሩን የጤና ዋስትናን ዋጋ በትንሹ መቀነስ ያስችላል።
2ኛው ሰው የሚከፍሉትን የልጅ ድጋፍ፣ ወይም አስቀድሞ ለተጣራ የግል የስራ ቅጥር (ጥያቄ 34b) በሰጡት መልስ ላይ ግምት ውስጥ የገባውን ወጪ አያካትቱ።

◯ በፍቺ ምክንያት የተከፈለ (ማስታወሻ፡ ከ 1/1/2019 ለተፈጸሙ ፍቺዎች ብቻ።) $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____	◯ ሌሎች ቅንስናሾች, አይነት: ____ $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____
◯ የጡረታ ሂሳቦች $ ____ በየሰንት ጊዜ? ____	

37. **የግለሰብ ቁጥር 2 በአመት ውስጥ የገቢ ለውጥ ካሳየ ብቻ የሚሞላ፣** ለምሳሌ ግለሰብ ቁጥር 2 በአመቱ ለተወሰነ ጊዜ ብቻ ይሰራል/ትሰራለች ወይም ለተወሰኑ ወራቶች ብቻ ጥቅም ያገኛል/ታገኛለች። 2ኛው ሰው በወር ገቢያቸው ላይ ለውጦችን የማይጠብቁ ከሆነ ወደሚቀጥለው ሰው ይሂዱ። ➡

የግለሰብ ቁጥር 2 **የዚህ አመት** ጠቅላላ ገቢ $ ____	የግለሰብ ቁጥር 2 **የሚመጣው አመት** ጠቅላላ ገቢ $ ____ ◯ የወደፊት ገቢዎ ለመገመት የሚከብድ ከመሰለዎት ይሙሉ

እናመሰግናለን! ስለ ግለሰብ ቁጥር 2 ለማወቅ የምንፈልገው ይህንን ብቻ ነው።

3ኛ ደረጃ:- አሜሪካን ኢንዲያን ወይም አላስካ ኔቲቭ (AI/AN) የቤተሰብ አካላት

1. **እርስዎ ወይም የቤተሰብ አካልዎ አሜሪካን ኢንዲያን ወይም አላስካ ኔቲቭ ኖት?**
   ◯ **አይደል። አይደል ከሆነ:-** ወደ ደረጃ 4 ይዝለሉ። ◯ **አዎን። አዎን ከሆነ:-** ወደ ደረጃ 4 ይቅፅሉ፣ በተጨማሪም ተቀጥያ Bን ይሙሉና ከማመልከቻ ጋር ያያይዙ።

4ኛ እርምጃ:- የቤተሰቦ የጤና ሽፋን

1. **በዚህ ማመልከቻ ለMedicaid ወይም ለChildren's Health Insurance Program/የልጆች የጤና መድህን ፕሮግራም (CHIP) ባለፉት 90 ቀኖች ውስጥ ብቁ ያልሆነ ሰው ተገኝቷል ወይ?** (አንድ ሰው ለዚህ ሽፋን፣ በMarketplace ሳይሆን፣ በስቴታችሁ ብቁ ሆኖ ካልተገኘ ብቻ አዎንን ምረጡ።) .... ◯ አዎን ◯ አይደል
   ማን? ____ ቀን: ____
   ወይም፣ በዚህ ማመልከቻ ላይ ካሉት መካከል አንዱ ባለፉት 5 አመታት ውስጥ በስደተኝነት ሁኔታው የተነሳ ለ Medicaid ወይም CHIP ብቁ አይደለም ተብሎ ነበር? .... ◯ አዎን ◯ አይደል
   ማን? ____
   በዚህ ማመልከቻ ላይ ከሰፈሩ ሰዎች መካከል በማርኬት ፕሌስ ክፍት ምዝገባ ግዜ ወይንም ብቁ በሚያረግ የህይወት ክስተት ምክንያት ለሽፋን ያመለከተ ሰዉ ነበር? .... ◯ አዎን ◯ አይደል
   ማን? ____
2. **በዚህ ማመልከቻ ከተዘረዘሩት ውስጥ ከስራው/ዋ የጤና ዋስትና የቀረበለ(ላ)ት አለ/ቸ ወይ?** ምንም እንኳን ዋስትናው ከሌላ ሰው ስራ ቢሆንም፣ ለምሳሌ ወላጅ ወይም ባለቤት፣ ዋስትናውን ባይቀበሉትም አዎን የሚለውን አወንታዊ ምልክት ያድርጉበት። የቀረበው ብቸኛው ሽፋን COBRA ከሆነ አይ የሚለው ላይ ምልክት ያድርጉ።
   ◯ **አዎን።** ይቀፅሉ እና ተቀጥያ Aን ይሙሉ። ◯ **አይደለም።**
   አዎ ካሉ፣ ይህ የስቴት ሰራተኛ ጥቅም እቅድ ነው? .... ◯ አዎን ◯ አይደል
   በማመልከቻው ላይ የተዘረዘረ ግላዊ የጤና ማካካሻ ሽፋን ዝግጅት (HRA) ወይም ብቁ ትንሽ ቀጣሪ HRA (QSEHRA) የሚያቀርብ ማንኛውም ሰው አለ? .... ◯ አዎን ◯ አይደል
3. **አሁን በጤና ዋስትና የተመዘገበ/ቸ አለ/ቸ ወይ?**
   ◯ **አዎን። አዎን ከሆነ፣** ወደ ጥያቄ ቁጥር 4 ይዝለሉ። ◯ **አይደል። አይደለም ከሆነ፣** ወደ 5ኛ ደረጃ ይዝለሉ።.
4. **ስለ ወቅታዊው የጤና ዋስትና መረጃ።** (ከ2 ሰዎች በላይ አሁን የጤና ዋስትና ካላቸው የዚህን ገፅ ቅጂ ያዘጋጁ።)
   የመድህኑን አይነት ታይፕ ያድርጉ፣ ለምሳሌ የአሰሪ መድህን፣ COBRA፣ Medicaid፣ CHIP፣ Medicare፣ TRICARE፣ የVA የጤና እንክብካቤ ፕሮግራም፣ Peace Corps (የሰላም ጓድ)፣ ወይም ሌላ። (Direct Care ወይም Line of Duty ካለዎት ስለ TRICARE አይንገሩን።)

ግለሰብ ቁጥር 1:

በጤና ዋስትና የተመዘገበ ሰው ስም ____

የዋስትና አይነት:
◯ የአሰሪ መድህን ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE ◯ VA የጤና እንክብካቤ ፕሮግራም ◯ Peace Corps (የሰላም ጓድ) ◯ ሌላ

የአሰሪ መድህን ከሆነ:-(ይህ የገበያው (Marketplace) የጤና ሽፋን ከሆነ ይሙሉት።)

የጤና መድህን ኩባንያ ስም	የመድህን ውል/ID መታወቂያ ቁጥር

ሌላ አይነት ዋስትና ከሆነ: ◯ እዚ ናይ ዕዳጋቦታ ሽፋን ጥዕና እንተኾይኑ ምላእ።

የጤና መድህን ኩባንያ ስም	የመድህን ውል/ID መታወቂያ ቁጥር

ይህ የተወሰነ ጥቅም ፕላን ነው ወይ፣ እንደ የት/ቤት አደጋ ውል? .... ◯ አዎን ◯ አይደል

ግለሰብ ቁጥር 2:

በጤና ዋስትና የተመዘገበ ሰው ስም ____

የዋስትና አይነት:
◯ የአሰሪ መድህን ◯ COBRA ◯ Medicaid ◯ CHIP ◯ Medicare ◯ TRICARE ◯ VA የጤና እንክብካቤ ፕሮግራም ◯ Peace Corps (የሰላም ጓድ) ◯ ሌላ

የአሰሪ መድህን ከሆነ:-(ይህ የገበያው (Marketplace) የጤና ሽፋን ከሆነ ይሙሉት።)

የጤና መድህን ኩባንያ ስም	የመድህን ውል/ID መታወቂያ ቁጥር

ሌላ አይነት ዋስትና ከሆነ: ◯ እዚ ናይ ዕዳጋቦታ ሽፋን ጥዕና እንተኾይኑ ምላእ።

የጤና መድህን ኩባንያ ስም	የመድህን ውል/ID መታወቂያ ቁጥር

ይህ የተወሰነ ጥቅም ፕላን ነው ወይ፣ እንደ የት/ቤት አደጋ ውል? .... ◯ አዎን ◯ አይደል

ምርጫን ለመምረጥ ለመመዝገብ መረጃ ይፈልጋሉ? (ግዴታ አይደለም)
◯ አዎ ◯ አይደለም ◯ መልስ አለመስጠት እመርጣለሁ
ምዝገባ የሚያልቅበት ቀን፣ እንድሁም ለአከባቢዎ አስፈላጊ ነገሮችን **Vote.gov** መረጃ ማግኘት ይችላሉ::

5ኛ ደረጃ፦ የርስዎ ስምምነትና ፊርማ

1. **Marketplace የገቢ መረጃዎችን ለሚመጡት 5 አመቶች እንዲጠቀምባቸው ይስማማሉ ወይ፣ በግብር ሰነድ ያሉትን ጨምሮ?** .... ◯ አዎን ◯ አይደለ

ለወደፊት ብቁነቶን ለማርጋገጥ እንዲቀል እና ለሚቀጥሉት አመታት ሽፋኖን ለመክፈል እንዲረዳዎት አዲስ የሆነ ገቢዎን እና የግብር ምላሽ መረጃዎን ማርኬትፕሌስ እንዲጠቀም መፍቀድ ይችላሉ። ማርኬትፕሌስ ማስታወሻ በመላክ ማንኛዉንም አይነት ለዉጥ ማካሄድ አዲችሉ ያደርጋል። ማርኬትፕሌስ አሁንም ብቁ እንደሆኑ ያረጋግጣል ስለዚህ ገቢዎ አሁንም ብቁ እንድሆነ ለማረጋገጥ ይጠይቆታል። ይህንን በፈለጉት ግዜ ማቆም ይችላሉ።

አይደል ከሆነ፣ መረጃዎቹን በሚከተለው ጊዜ በአውቲማቲክ ይታደሱ፦ ◯ 5 አመቶች ◯ 4 አመቶች ◯ 3 አመቶች ◯ 2 አመት ◯ 1 አመት

◯ ለጤና ዋስትና ክፍያ ለማገዝ ብቃቴን ለማደስ የግብር መረጃዎቼን አይጠቀሙባቸው (ይህን አማራጭ መውሰድ በእደሳ ወቅት የርስዎን የዋስትና ክፍያ የማገዝ አቅም ላይ ተፅእኖ ይኖረዋል።)

2. **በዚህ ማመልከቻ ለጤና መድህን የሚያ(ምታ)መለከት የታሰረ/ች (እስርቤት የሚ(ምት)ገኝ) ገለሰብ አለ/ች ወይ?** .... ◯ አዎን ◯ አይደለ

አዎን ከሆነ፣ የግለሰቡን ስም ይንገሩን። የታሰረ(ች)ው ሰው ስም፦

◯ ግለሰቡ/ቧ የጉዳዩ የመጨረሻ ውሳኔ በመቀበል ላይ ከሆነ እዚህ ያስፍሩት።

ማንኛዉም በማመልከቻዎ ላይ ያለ ሰዉ የማርኬትፕሌስ ሽፋን ዉስጥ ከተመዘገበ በኋላ ለሌላ የጤና ሽፋን (ለሜድኬር ሜድኬድ ወይም ቺፐ)ብቁ ከሆነ ማርኬትፕሌስ ወዲያዉኑ የማርኬትፕሌስ ሽፋኑን ያቆማል።

◯ ማርኬትፕሌስ በማመልከቺያዬ ላይ በዚህ ሁኔታ ዉስጥ ለሚገኙ ሰዎች የማርኬትፕሌስ ሽፋኑን እንዲያቆም ለመፍቀድ እስማማለሁ።

◯ ማርኬትፕሌስ በማመልከቺያዬ ላይ በዚህ ሁኔታ ዉስጥ ለሚገኙ ሰዎች የማርኬትፕሌስ ሽፋኑን እንዲያቆም ለመፍቀድ አልስማማም። በፐላኔ ላይ በዚህ ሁኔታ ዉስጥ ያሉ ሰዎች ለገንዘብ እርዳታ ብቁ የማይሆኑ እና ለማርኬትፕሌስ ፕላን ሙሉ ክፍያዉን መክፈል እንደሚኖርባቸዉ እረዳለሁ።

እዚህ ካመለከቱት ውስጥ ለMedicaid ብቃት ያለው፦

- እኔ ከሌላ የጤና መድህን የማገኘውን ገንዘብ፣ ህጋዊ ክፍያዎች፣ ወይም ከሌሎችሶስተኛ ወገኖች ተከታትሎ የማግኘት መብቶቻችንን ለMedicaid ወኪል እሰጣለሁ። በተጨማሪ ከባለቤት ወይም ከወላጅ የህክምና ድጋፍ አሳድዶ የማግኘት መብቶች ውክልና ለMedicaid እየሰጠሁ ነው።
- እዚህ ማመልከቻ ከተዘረዘሩት ውስጥ ከቤት ውጪ የሚኖር አለው ወይ? .... ◯ አዎን ◯ አይደለ
- አዎን ከሆነ፣ በቀሪነት ከተመዘገበ ወላጅ የህክምና ድጋፍ ከሚሰበስበው ወኪል ጋር እንድተባበር እንደምጠየቅ አውቃለሁ። የህክምና ድጋፍ በመሰብሰብ ረገድ መተባበሬ እኔን ወይም ልጆቼን የሚጎዳ ሆኖ ከታየኝ፣ Medicaidን መተባበር እንደሌለብኝ ልነግረው እችላለሁ።
- ይህን ማመልከቻ የምፈርመው በህጋዊ ቃለ ማሃላ ነው፣ ይህም ማለት በተቻለኝ መጠን ለጥያቄዎች ትክክለኛ መልስ ሰጥቻለሁ። ሆነ ብዬ ውሸት ወይም የተሳሳተ መረጃ ሰጥቼ ከሆነ በፌደራል ህግ መሰረት ለቅጣት ተጠያቂ መሆኔን አውቃለሁ።
- እዚህ ማመልከቻ ውስጥ ከፃፍኩት የሆነ ነገር ቢለወጥ (ወይም የተለየ ነገር ቢሆን) ለHealth Insurance (ጤና መድህን) Marketplace በ30 ቀኖች ውስጥ መንገር እንዳለብኝ አውቃለሁ። ለውጦችን ለማሳወቅ **HealthCare.gov**ን መጎብኘት ወይም **1-800-318-2596** መደወል እችላለሁ። በመረጃዎቼ ለውጥ ከተካሄደ በኔም ሆነ በቤተሰብ አባሎቼ ብቃት ተፅእኖ እንደሚያደርግ እገነዘባለሁ።
- በፌደራላዊ ህግ መሰረት፣ በዘር፣ በቀለም፣ በሃገራዊ ትውልድ፣ በፆታ፣ በእድሜ፣ በፆታ ዝንባሌ፣ በፆታ ማንነት፣ ወይም በስንክልና ምክንያት አድልዎ አይፈቀድም። **HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint**ን በመጎብኘት የአድልዎ ቅሬታ ማስመዝገብ እችላለሁ።
- በዚህ ፎርም የሚገኝ መረጃ የጤና ዋስትና ብቃትን ለመወሰን፣ ለዋስትና አከፋፈል እገዛ (ከተጠየቀ)፣ እና ለMarketplace ህጋዊ ጉዳዮች እና ዋስትና ክፍያ ለሚያግዙ ፕሮግራሞች ብቻ አገልግሎት ላይ እንደሚውል አውቃለሁ።

ለጤና ሽፋን የክፍያ እርዳታ ማመልከት ከወሰኑ ብቁነቶን ለማረጋገጥ ይህንን መረጃ ማግኘት አለብን። መረጃዎትን የኤለክትሮኒክ ዳታ ቤዝ እና የኢንተርናሽናል ሬቨኑ ሰርቪስ ዳታ ቤዝ ሶሻል ሴኪዉሪቲ የሆምላንድ ሴኪዉሪቲ ዲፓርትመንት እና ኮንሱይመር ሪፖርቲንግ ኤጀንሲ በመጠቀም የምናረጋግጥ መሆኑን እንገልጻለን።

የብቁነት መግለጫዬ ስህተት ከመሰለስኝ ምን ማረግ እችላለሁ?

ማመልከቻዎን ካሰናዳን በኋላ የብቃት ማስታወቂያ በፖስታ ይደርስዎታል። ብቃት አለዎት ከተባለው ጋር የማይስማሙ ከሆነ፣ ባብዛኛው፣ ይግባኝ ማለት ይችላሉ። ምን ያህል ቀናት ይግባኝ መጠየቅ እንደሚችሉ ጨምሮ ሽፋን ለማግኘት ያመለከተ በቤተሰብዎ ውስጥ ለእያንዳንዱ ሰው የተወሰኑ የይግባኝ መመሪያዎችን ለማግኘት የእርስዎን የብቁነት ማሳሰቢያ ይገምግሙ። ይግባኝ ሲጠይቁ መገናዘብ ያለበት አይነተኛ መረጃ ይኸውና፦

- ከፈለጉ በይግባኝዎ የሆነ ሰው እንዲሳተፍ መጠየቅ ይችላሉ። የግለሰብ ጓደኛ፣ ዘመድ፣ ጠበቃ ወይም ሌላ ሰው ሊሆን ይችላል። ወይም፣ በራስዎ ይግባኝ በገዛ ራስዎ ተሳታፊ መሆን ይችላሉ።
- ይግባኝ ከጠየቁ፣ ይግባኝዎ በእንጥልጥል እያለ የዋስትና ብቃትዎን እንዳለ ለመጠበቅ ይችላሉ።
- የይግባኝ ውጤት የቤተሰብዎን ሌሎች አባላት ብቃት ሊለውጥ ይችላል።

HealthCare.gov/marketplace-appeals/ን ይጎብኙ። ወይም የMarketplace Call Center (ጥሪ ማእከል) በ**1-800-318-2596** ይደውሉ። የTTY ተጠቃሚዎች በ **1-855-889-4325** መገልገል ይችላሉ። በተጨማሪም ለ**Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 ይግባኝ መጠየቂያ ፎርም ወይም የርስዎን ደብዳቤ በፖስታ መላክ ይችላሉ። በMarketplace አማካይነት በተገዛ የጤና ዋስትና ብቃት፣ የምዝገባ ጊዜያት፣ የግብር ክሬዲት፣ የዋጋ መጋራት ቅነሳዎች፣ Medicaid፣ እና CHIP እነዚህን ከተከለከሉ ይግባኝ ማለት ይችላሉ። ለግብር ክሬዲቶች ወይም የዋጋ መጋራት ቅነሳዎች ብቃት ካለዎት፣ ብቃት አለዎት ብለን ለወሰንነው መጠን ይግባኝ ማለት ይችላሉ። እንደሚኖሩበት ስቴት ሁኔታ፣ በMarketplace በኩል ይግባኝ ማለት ይችላሉ ወይም ከስቴቱ የMedicaid ወይም የCHIP ወኪል አማካይነት ይግባኝ መጠየቅ ይኖርብዎታል።

ግለሰብ ቁጥር 1 ይህን ማመልከቻ መፈረም ይኖርብዎታል። ህጋዊ ወኪል ከሆኑ፣ ግለሰብ ቁጥር 1 በተቀጥያ C አስከፈረሙ ድረስ፣ እዚህ መፈረም ይችላሉ።

ፊርማ	የተፈረመበት ቀን (ወር/ቀን/ዓምዓም)
→	/ /

ይህን ማመልከቻ ከOpen Enrollment (ከኖቬምበር 1 እስከ ጀንዋሪ 15 ድረስ) ውጭ እየፈረሙት ከሆነ፣ ተቀጥያ Dን (“ስለ ህይወት ለውጦች ጥያቄዎች”) መገምገምዎን ያረጋግጡ።

6ኛ ደረጃ፡- የተሞላ ማመልከቻን በፖስታ መላክ

የተሞላ ማመልከቻዎን በፖስታ የሚልኩት ወደ፡-

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

ከእንግሊዘኛ ቋንቋ ውጪ በሆነ ሌላ ቋንቋ እገዛ ማግኘት

እርስዎ ወይም እርስዎ የሚረዱት ሰው ስለ ጤና ኢንሹራንስ ገበያው (Health Insurance Marketplace) ጥያቄ ካለው/ካላት በቋንቋዎ ያለምንም ወጪ እገዛና መረጃ የማግኘት መብት አለዎት። ከአስተርጓሚ ጋር ለማውራት በስልክ ቁጥር **1-800-318-2596** ይደውሉ።

አገልግሎት የሚገኝባቸው ቋንቋዎች ዝርዝር እንዲሁም ከላይ የተገለጸው መልዕክት በእነዚህ ቋንቋዎች ቀርቧል:

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 Disclosure Statement: በPaperwork Reduction Act of 1995 (የወረቀት ስራ ቅነሳ ህግ) መሰረት፣ ማናቸውም ሰዎች ህጋዊ የOMB የቁጥጥር ቁጥር የሚያሳይ ካልሆነ በስተቀር የመረጃ መሰብሰብያ መልስ ለመስጠት አይገደዱም። የዚህ ህጋዊ የOMB የቁጥጥር ቁጥር 0938-1191 ነው። ይህን የመረጃ መሰብሰብያ ለመሙላት የሚያስፈልገው ጊዜ ለያንዳንዱ መልስ 45 ደቂቃዎች አካባቢ መሆኑ ይገመታል፣ ይህም የሚያካትተው መመርያዎችን ለመገምገም የሚወስደው ጊዜ፣ የነባር መረጃዎች ፍለጋ፣ ተፈላጊ አሀዞችን ለመሰብሰብ፣ እና የመረጃ ስብስብን ማሟላት እና መገምገም። ስለተገመተው(ቱት) ጊዜዎች ትክክለኛነት ወይም ይህን ፎርም የማሻሻያ ሀሳብ ካለዎት፣ እባክዎን ለCMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 ይፃፉ።

ከእንግሊዘኛ ቋንቋ ውጪ በሆነ ሌላ ቋንቋ እገዛ ማግኘት (የቀጠለ)

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 Disclosure Statement: በPaperwork Reduction Act of 1995 (የወረቀት ስራ ቅነሳ ህግ) መሰረት፣ ማናቸውም ሰዎች ህጋዊ የOMB የቁጥጥር ቁጥር የሚያሳይ ካልሆነ በስተቀር የመረጃ መሰብሰብያ መልስ ለመስጠት አይገደዱም። የዚህ ህጋዊ የOMB የቁጥጥር ቁጥር 0938-1191 ነው። ይህን የመረጃ መሰብሰብያ ለመሙላት የሚያስፈልገው ጊዜ ለያንዳንዱ መልስ 45 ደቂቃዎች አካባቢ መሆኑ ይገመታል፣ ይህም የሚያካትተው መመርያዎችን ለመገምገም የሚወስደው ጊዜ፣ የነባር መረጃዎች ፍለጋ፣ ተፈላጊ አሀዞችን ለመሰብሰብ፣ እና የመረጃ ስብስብን ማሟላት እና መገምገም። ስለተገመተው(ቱት) ጊዜዎች ትክክለኛነት ወይም ይህን ፎርም የማሻሻያ ሀሳብ ካለዎት፣ እባክዎን ለCMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 ይፃፉ።

አያጠናቅቁ። ይህ ለመረጃ አላማዎች ብቻ ነው።

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

ተቀጥያ A: የጤና ዋስትና ከስራ

ከቤተሰብ ውስጥ አንዱ/ዷ ለጤና ዋስትና ከስራ ብቃት ካለው/ካላት በስተቅር እነዚህን ጥያቄዎች መመለስ **አያስፈልግዎትም፣** የቀረበው ብቸኛው ሽፋን COBRA ከሆነ እነዚህን ጥያቄዎች መመለስ ያስፈልግዎታል። ዋስትናውን ባይቀበሉም። ለያንዳንዱ ዋስትና የሚያቀርብ ስራ የዚህን ገፅ ቅጂ አያይዙ።

ዋስትና ስለሚያቀርበው ስራ ይንገሩን።

ለነዚህ ጥያቄዎች መልስ በመስጠት እንዲያግዝዎ የዚህን ገፅ ቅጂ አዘጋጅተው ዋስትና ወደሚያቀርበው አሰሪ ይውሰዱለት።

የሰራተኛ መረጃ

1. የሰራተኛ ስም (የመጀመርያ፣ መካከለኛ፣ መጨረሻ)

2. የሰራተኛ Social Security ቁጥር

የአሰሪ መረጃ

3. አሰሪ/የኩባንያ ስም

4. Employer Identification Number (EIN) (የአሰሪ መለያ ቁጥር) (EIN)

5. የአሰሪ የቴሌፎን ቁጥር

አሁን የሰራተኞች ጥቅሞችን የሚያስተዳድረው ሰው ወይም ዲፓርትመንት መረጃን ያስገቡ። ተጨማሪ መረጃ የምንፈልግ ከሆነ ይህንን ሰው ልናነጋግር እንችላለን:

6. ስለ ሰራተኛ የጤና ኢንሹራንስ ሽፋን ማነጋገር የምንችለው ሰው ወይም ዲፓርትመንት

7. የአሰሪ አድራሻ (ገበያው (Marketplace) በዚህ አድራሻ ማስታወቂያዎችን ሊልክ ይችላል)

8. ከተማ

9. ስቴት

10. ዚፕ ኮድ

11. የቴሌፎን ቁጥር (ከላይኛው የተለየ ከሆነ)

12. የኢሜይል አድራሻ

13. ሰራተኛው በዚህ ቀጣሪ የጤና ሽፋን ቀርቦሎታል? ከሚቀተለው ወር መጀመሪያው ጀምሮ የሽፋን አቅርቦት የሚኖራቸው ከሆነ፣ ወይም በክፍት ምዝገባ ጊዜ ከጀንዋሪ 1 ጀምሮ የሚያመለክቱ ከሆነ "አዎ" የሚለውን ብቻ ይምረጡ (ከኖቬምበር 1 እስከ ጃኑዋሪ 15)።

○ **አዎን** (ይቀጥሉ) ○ **ኖኖ** (**አሰሪ:** ያቁሙ እና ይህንን ፎርም ለሰራተኛው ይመልሱ።
ሰራተኛ: ለገበያ (Marketplace) የኢንሹራንስ ሽፋን ያስገቡትም ማመልከቻ ይመልሱ።)

አሰሪው የሰራተኞችን የትዳር አጋር ወይም ጥገኛ(ኞች) የሚሸፍን የጤና ፕናል ያቀርባል?

○ **አዎን።** መልሱ አዎ ከሆነ ለየትኛዎቹ ሰዎች? ○ የትዳር አጋር ○ ጥገኛ(ዎች) ○ **ኖኖ** (ወደ ጥያቄ 14 ይሂዱ።)

በዚህ ስራ የኢንሹራንስ ሽፋን የሚያገኙ የሰራተኛው ቤት ውስጥ ያሉ ማናቸውንም ሰዎች ስምን ይዘርዝሩ።

ስም

ስም

ስም

በሚቀጥለው ገጽ ላይ ይቀጥላል

አያጠናቅቁ። ይህ ለመረጃ አላማዎች ብቻ ነው።

በአሰሪ የቀረበ ከሁሉም አነስታኛ ዋጋ ያለው የጤና ዋስትና ይንገሩን።

14. አሰሪው የminimum value standard* (አነስተኛ ዋጋ መመዘኛ) የሚያሟላ የጤና ፕላን ያቀርባል ወይ?*

◯ **አዎን** (ወደ ጥያቄ ቁጥር 15 ይሂዱ።) ◯ **አይደለ** (ያቁሙና ይህን ፎርም ለሰራተኛው ይመልሱ።)

15. አነስተኛውን የዋጋ መስፈርት (minimum value standard*) ለሚያሟሉ **ሰራተኛዎች ብቻ** የሚሰጡትን አነስተኛ ዋጋ ያላቸውን ፕላን ምን ያህል መክፈል አለበት? የቤተሰብ ፕላኖችን አያጠቃሉ።

a. ሰራተኛው የሚከተለውን አረቦን (premium) ይክፈሉ: $

ማስታወሻ: ሰራተኛው ለጤና ሽፋን ሊከፍል የሚችለውን ዝቅተኛውን የገንዘብ መጠን ያስገቡ።

b. ሰራተኛው የሚከተለውን የገንዘብ መጠን ይከፍላል: ◯ በሳምንት ◯ በየ2 ሳምንቶች ◯ በወር ሁለት ጊዜ ◯ በወር አንድ ጊዜ ◯ በየሩብ አመት ◯ በየአመቱ

16. **ሌሎች የቤተሰብ አባላት ለጥያቄ 13 ከተዘረዘሩ:- ማስታወሻ:** በጥያቄ 13 ውስጥ የተዘረዘሩ የሰራተኛ እና የቤተሰብ አባላትን ለሚሸፍኑ የዝቅተኛ ወጪ አቅድ ምን ያህል ሰራተኞች ይከፍላሉ? አሰሪው የአካል ብቃት ፕሮግራሞችን የሚያቀርብ ከሆነ፣ ለማንኛዉም የትንባሆ የማቆም ፕሮግራሞች ሰራተኛው ከፍተኛውን ቅናሽ ካገኘ እና በአካል ብቃት ፕሮግራሞች ላይ ተመስርቶ ሌላ ማናቸውም ቅናሾችን ካላገኘ፣ ሰራተኛው የሚከፍለውን ፕሪሚየም ያስገቡ።

a. ሰራተኛው የሚከተለውን አረቦን (premium) ይክፈሉ: $

b. ሰራተኛው የሚከተለውን የገንዘብ መጠን ይከፍላል: ◯ በሳምንት ◯ በየ2 ሳምንቶች ◯ በወር ሁለት ጊዜ ◯ በወር አንድ ጊዜ ◯ በየሩብ አመት ◯ በየአመቱ

*አንድ የጤና ፕላን አነስተኛውን የዋጋ መስፈርት አሟልቷል የሚባለው ለመደበኛ ሰው የህክምና አገልግሎት ክፍያዎች ውስጥ ቢያንስ 60% የሚሆነውን የሚከፍል ከሆነና የሆስፒታል እና የዶክተር አገልግሎቶች ውስጥ ከፍተኛ ሽፋን የሚሰጥ ከሆነ ነው። አብዛኛዎቹ ስራ ላይ የተመሰረቱ ፕላኖች አነስተኛውን የዋጋ መስፈርት (minimum value standard) ያሟላሉ።

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

አያጠናቅቁ። ይህ ለመረጃ አላማዎች ብቻ ነው።

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

ተቀጥያ C: ይህንን ማመልከቻ ለማጠናቀቅ እርዳታ

ለተመሰከረላቸው የማመልከቻ አማካሪዎች፣ መሪዎች (navigators)፣ ወኪሎች፣ እና ደላላዎች ብቻ

ይህን ማመልከቻ ለሌላ ግለሰብ የሚሞላ የተመሰከረለት የማመልከቻ አማካሪ፣ መሪ (navigator)፣ ወኪል፣ ወይም ደላላ ከሆኑ ይህን ክፍል ይሙሉ።

1. ማመልከቻ የተጀመረበት እለት (ወር/ቀን/ዓምዓም)

2. የመጀመርያ ስም፣ መካከለኛ ስም፣ የመጨረሻ ስም

3. የድርጅት ስም

4. መታወቂያ ID ቁጥር (የሚመለከተው ከሆነ)

5. ወኪሎች/ደላሎች ብቻ፦ NPN ቁጥር

ህጋዊ ተጠሪ መምረጥ ይችላሉ።

ለታመነ ሰው ስለዚህ ማመልከቻ ከኛ ጋር ለመነጋገር፣ መረጃዎችዎን እንዲያይ፣ እንደርስዎ ሆኖ ከዚህ ማመልከቻ በተያያዙ ጉዳዮች እርምጃ እንዲወስድ፣ ስለ ማመልከቻዎ መረጃ ለመሰብሰብ እና በርዎ ፋንታ መመልከቻዎን እንዲፈርም ፈቃድ ሰጥተዋል። ይህ ግለሰብ “authorized representative” (ህጋዊ ተጠሪ) ይባላል። ህጋዊ ተጠሪዎን መለወጥ ወይም ማስወገድ ከፈለጉ፣ Marketplaceን ያግኙ። ለዚህ ማመልከቻ የሆነ ሰው ተጠሪ ለመሆን በህግ ከተሰየሙ፣ ከማመልከቻው ጋር ማስረጃ ያስገቡ።

1. የህጋዊ ተጠሪ ስም (የመጀመርያ ስም፣ መካከለኛ ስም፣ የመጨረሻ ስም)

2. አድራሻ

3. የቤት አድራሻ 2

4. ከተማ

5. ስቴት

6. ዚፕ ቁጥር

7. የቴሌፎን ቁጥር

( ) -

8. የድርጅት ስም

9. መታወቂያ ID ቁጥር (የሚመለከተው ከሆነ)

በመፈረም፣ ይህ ግለሰብ ማመልከቻዎን እንዲፈርም፣ ስለዚህ ማመልከቻ ኦፊሲዬላዊ መረጃ ለማግኘት፣ እና ከዚህ ማመልከቻ ጋር በተዛመዱ የወደፊት ጉዳዮች እርስዎን ወክሎ እርምጃ እንዲወስድ ፈቅደዋል።

→ **10. እዚህ ማመልከቻ የተዘረዘረው የግለሰብ ቁጥር 1 ፊርማ**

11. የተፈረመበት እለት (ወር/ቀን/ዓምዓም)

አያጠናቅቁ። ይህ ለመረጃ አላማዎች ብቻ ነው።

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

ተከታይ D: ስለ ህይወት ለውጦች ጥያቄዎች

(የዚህን ማመልከቻ የተቀረውን ክፍል ከዚህ ገፅ ጋር አብረው ይሙሉት። ይህን ገፅ ብቻዉን ገቢ አያድርጉ።)

በዚህ ማመልከቻ ላይ ያለ ማንኛዉም ሰው እንደ ጤና ሽፋን ማጣት፣ መጋባት፣ ወይም ልጅ መውለድ ያሉ አንዳንድ የህይወት ለውጦች ካጋጠምዎ - ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ (ወይም በሚቀጥሉት 60 ቀናት ውስጥ የሚጠበቅ)፣ ይህን ገጽ ይሙሉ እና ከተጠናቀቀውና ከተፈረመው ማመልከቻ ጋር ያካትቱ። አንዳንድ የህይወት ለውጦች በገበያ ቦታ በኩል የእርስዎን ሽፋን ወዲያው እንዲጀምር ይፈቅዳል። ከክፍት ምዝገባው ውጪ የሚያመለክቱ ከሆነ፣ እነዚህን ጥያቄዎች እንዲመልሱ እንመክርዎታለን (ከኖቬምበር 1 እስከ ጃኑዋሪ 15)።

እነዚህ ጥያቄዎች አስገዳጅ አይደሉም። የህይወትዎ ሁኔታዎች ካልተለወጡ መልሶቹን ክፍት ይተዋቸው። በMedicaid እና በChildren's Health Insurance Program (የህፃናት የጤና መድህን ፕሮግራም) (CHIP) በአመቱ በማንኛውም ወቅት መመዝገብ ይችላሉ፣ የህይወት ለውጥ ባያጋጥምወትም። በፌደራል ደረጃ የታወቁት ጎሳዎች አባለት እና የአላስካ ተወላጅ ባለአክሲዮኖች (shareholders) በMarketplace አማካይነት በአመቱ በማንኛውም ጊዜ ለዋስትና መመዝገብ ይችላሉ።

በቤተሰብዎ ውስጥ ስለ ለውጦች ይንገሩን።

1. ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ ብቁ የነበረበትን የጤና ሽፋን ያጣ ሰው ወይም በሚቀጥሉት 60 ቀናት ውስጥ የጤና ሽፋኑን ያጣ ሰው አለ?

ስሞች	ዋስትና የተቋረጠበት ወይም የሚቋረጥበት እለት (ወር/ቀን/ዓምዓም)
	/ /

2. ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ አግብተዋል?

ስሞች	ቀን (ወር/ቀን/ዓምዓም)
	/ /

a. ከእነዚህ ሰዎች ውስጥ አንዳቸው ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ በአንዳንዳቸው ብቁ የሆነ የጤና ሽፋን ነበራቸው?........ ○ አዎን ○ አይደል

መልሱ አዎ ከሆነ ስማቸውን እዚህ ጋር ያስገቡ:

3. ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ ለእስር (ከወህኒ ቤት) የተለቀቀ ሰው አለ?

ስሞች	ቀን (ወር/ቀን/ዓምዓም)
	/ /

4. ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ ለስደተኝነት ብቁ የሆነ ሰው አለ?

ስሞች	ቀን (ወር/ቀን/ዓምዓም)
	/ /

5. ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ በጉዲፈቻ የተወሰደ፣ ለጉዲፈቻ የተሰጠ ወይም ለማደጎ የተሰጠ ልጅ አለ?

ስሞች	ቀን (ወር/ቀን/ዓምዓም)
	/ /

6. ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ በልጅ ድጋፍ ትዕዛዝ (child support) ወይም ሌላ የፍርድ ቤት ትዕዛዝ የተነሳ ጥገኛ የሆነ ሰው አለ?

ስሞች	ቀን (ወር/ቀን/ዓምዓም)
	/ /

7. ባለፈዉ ስልሳ ቀናት ውስጥ ቤት የቀየረ ሰዉ አለ?

ስሞች	የለወጠበት እለት (ወር/ቀን/ዓምዓም)
	/ /

a. የበፊት አድራሻዎ ዚፕ ኮድ ምንድን ነው? ○ ከሌላ አገር ወይም ከአሜሪካ ክልል የመጡ ከሆነ ይሄንን ይሙሉ

b. ከእነዚህ ሰዎች ውስጥ አንዳቸው ባለፉት 60 ቀናት ውስጥ በአንዳንዳቸው ብቁ የሆነ የጤና ሽፋን ነበራቸው?........ ○ አዎን ○ አይደል

መልሱ አዎ ከሆነ ስማቸውን ከዚህ በታች ያስገቡ:

ስሞች