



Aplicație pentru Asigurare Medicală și Asistență la Plata Costurilor Acesteia

➡ Aplicați mai rapid online, accesând pagina [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)



Folosiți această cerere pentru a afla pentru ce acoperire vă calificați

- Planuri Marketplace care oferă asigurare completă pentru a vă ajuta să vă păstrați sănătatea.
- Un credit fiscal care vă poate ajuta imediat să vă reduceți primele pentru asigurarea de sănătate.
- Asigurare gratuită sau cu cost redus prin Medicaid sau Children's Health Insurance Program (CHIP). **Anumite niveluri de venit se pot încadra pentru programe gratuite sau cu costuri reduse.**



Cine poate folosi această aplicație?

- Folosiți această cerere pentru a aplica pentru oricine din gospodăria dvs.
- Aplicați chiar dacă dvs., soțul/soția sau copilul aveți deja asigurare de sănătate. Ați putea fi eligibil/ă pentru asigurare gratuită sau cu cost redus.**
- Dacă sunteți celibatar/-ă, puteți folosi un formular scurt. Accesați pagina de web [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Pot aplica gospodăriile care includ imigranți eligibili. Chiar dacă dvs. nu sunteți eligibil/ă pentru asigurare, puteți aplica pentru copilul dvs. Depunerea unei cereri nu vă va afecta statutul de imigrant sau șansele de a dobândi rezidență sau cetățenie permanentă.
- Dacă vă ajută cineva la completarea acestei aplicații, probabil este necesar să completați și Anexa C.



Necesar pentru aplicație

- Numerele de asigurări sociale (SSN) (sau numere ale documentelor pentru orice imigranți eligibili care necesită asigurare).
- Informații despre angajator și venit pentru toate persoanele din familia dvs. (de ex., din fluturașii de salariu, formulare W-2 sau fișe fiscale).
- Numerele polițelor pentru orice asigurare medicală activă în momentul de față.
- Informații despre eventuale asigurări de sănătate de la locul de muncă existente în cadrul gospodăriei.



De ce vă solicităm aceste informații?

Vă întrebăm despre venit și alte chestiuni conexe, pentru a stabili pentru ce asigurare vă calificați și dacă puteți beneficia de asistență la plata acesteia. **Vom păstra informațiile oferite confidențiale și în siguranță, în conformitate cu legea.** Pentru declarația conform Legii privind confidențialitatea, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) sau consultați instrucțiunile.



Care este următorul pas?

Faceți o copie spre păstrare, apoi trimiteți cererea completă și semnată la adresa de la pagina 10. **Semnați și înaintați aplicația, chiar dacă nu aveți toate informațiile solicitate.** Vă vom contacta în interval de 1-2 săptămâni iar **dacă avem nevoie de mai multe informații, puteți primi un telefon de la Marketplace.** După procesarea cererii, veți primi prin poștă un avis de eligibilitate. În caz contrar, contactați call center-ul Marketplace. Completarea acestei cereri nu înseamnă că trebuie să cumpărați asigurare de sănătate.



Solicitați ajutor la completarea acestei aplicații

- Online:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Telefon:** Sunați la call center-ul Marketplace la numărul **1-800-318-2596**. Utilizatorii TTY pot suna la **1-855-889-4325**.
- Personal:** Pentru asistență, vă puteți adresa consilierilor din zona dvs., dacă există. Pentru mai multe informații, accesați pagina de web [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), sau sunați la call center-ul Marketplace: **1-800-318-2596**.
- Alte limbi:** Dacă aveți nevoie de asistență în altă limbă decât engleză, sunați la **1-800-318-2596** și comunicați reprezentantului Relații Clienți limba dorită. Vă vom oferi ajutor gratuit.

Aveți dreptul să obțineți informațiile dumneavoastră într-un format accesibil, ca de exemplu imprimarea cu caractere mari, Braille sau audio. De asemenea, aveți dreptul de a depune o plângere dacă considerați că ați fost discriminat. Vizitați [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) au sunați la **1-800-318-2596**. Utilizatorii TTY pot suna la **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](https://www.healthcare.gov)



Folosiți majuscule și doar cerneală neagră sau albastru închis.

Marcați cercurile (○) după cum urmează: → ●.

Pasul 1: Spuneți-ne câte ceva despre dumneavoastră.

(În cazul cererii dvs., avem nevoie de o persoană adultă din cadrul gospodăriei care să fie persoana de contact)

1. Prenume	Nume de botez	Nume de familie	Sufix
2. Adresa de domiciliu (Nu completați, dacă nu aveți o adresă de domiciliu.)			3. Adresa de domiciliu 2
4. Localitate	5. Stat	6. Cod poștal	7. District
8. Adresă de corespondență (dacă diferă de adresa de domiciliu)			9. Adresa poștală 2
10. Localitate	11. Stat	12. Cod poștal	13. District
14. Număr telefon		15. Al doilea număr de telefon	
16. Doriți să primiți informații despre această aplicație prin e-mail?..... ☐ Da ☐ Nu			
Adresă de e-mail:			
17. Limba preferată:	Scrisă	Vorbită	

Pasul 2: Spuneți-ne despre gospodăria dvs.

Ce persoane trebuie să includeți în această aplicație?

Completați paginile de la Pasul 2 pentru fiecare persoană din gospodărie, chiar dacă persoana are deja asigurare de sănătate. Informațiile din această cerere ne ajută să ne asigurăm că fiecare persoană beneficiază de cea mai bună asigurare posibilă. Ajutorul sau tipul de program la care vă încadrați se stabilește în funcție de numărul de persoane din gospodărie și venitul gospodăriei. Dacă nu includeți pe cineva, chiar dacă respectiva persoană are deja asigurare de sănătate, rezultatele privind eligibilitatea ar putea fi afectate.

Pentru adulți, care au nevoie de asigurare de sănătate:

Includeți-i, **chiar dacă nu aplică ei înșiși pentru asigurare:**

- Soț/Soție
- Minori (băieți sau fete) sub vârsta de 21 de ani cu care locuiesc, inclusiv minori din căsătorii anterioare
- Oricare altă persoană trecută pe declarația de impozit federal pe venit (inclusiv orice copii cu vârsta de peste 21 de ani, care depun declarația de impunere împreună cu părintele). Nu trebuie să depuneți declarația de impunere pentru a încheia asigurarea de sănătate.

Pentru copiii cu vârste sub 21 de ani, care au nevoie de asigurare:

Includeți-i, **chiar dacă nu aplică ei înșiși pentru asigurare:**

- Oricare părinte (sau părinte vitreg), cu care locuiesc
- Oricare frați, cu care locuiesc
- Oricare fiu sau fiică, cu care locuiesc, inclusiv copiii vitregi
- Soțul/soția cu care locuiesc
- Oricare altă persoană trecută pe aceeași declarație de impozit federal pe venit. Nu trebuie să depuneți declarația de impunere pentru a încheia asigurarea de sănătate.

Completați pasul 2 pentru fiecare persoană din gospodărie.

Începeți cu dvs., apoi adăugați alte persoane adulte și minori. Dacă în gospodăria dvs. sunt mai multe de 2 persoane, va trebui să faceți o copie a paginilor și să le atașați.

Pentru membrii gospodăriei care nu necesită asigurare de sănătate, nu trebuie să furnizați statutul de imigrant sau numerele de asigurări sociale (SSN). Toate informațiile furnizate vor fi confidențiale și securizate, conform legii. Informațiile cu caracter personal vor fi folosite doar pentru a verifica dacă sunteți eligibil/ă pentru asigurare de sănătate.

AVEȚI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU APLICAȚIE? Vizitați pagina de web [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), sau sunați-ne la numărul de telefon 1-800-318-2596. Dacă aveți nevoie de asistență în altă limbă decât engleză, sunați la **1-800-318-2596** și comunicați reprezentantului Relații Clienți limba dorită. Vă vom oferi ajutor gratuit. Utilizatorii TTY pot suna la **1-855-889-4325**.

**Opțional:** (Furnizarea acestor informații nu va avea niciun impact asupra eligibilității, a opțiunilor de plan sau a costurilor).**Completați toate variantele aplicabile.**

19. Rasă:

☐ Alb ☐ Negru sau afro-american ☐ Amerindian sau nativ din Alaska ☐ Filipinez ☐ Japonez ☐ Corean ☐ Indian din Asia ☐ Chinez
☐ Vietnamez ☐ Alt popor din Asia ☐ Hawaiian ☐ Din Guam/Chamorro ☐ Samoan ☐ Alt locuitor al insulelor din Pacific ☐ Altele

Alegeți un răspuns.

20. Sexul atribuit la naștere (poate fi găsit pe certificatul dvs. de naștere):

☐ Femeie ☐ Bărbat ☐ Altul: ☐ Nu știu ☐ Prefer să nu răspund

21. Sexul actual:

☐ Femeie ☐ Bărbat ☐ Femeie transsexuală ☐ Bărbat transsexual ☐ Un termen diferit: ☐ Nu știu ☐ Prefer să nu răspund

22. Orientare sexuală:

☐ Bisexual(ă) ☐ Lesbiană sau gay ☐ Heterosexual (nu lesbiană sau gay) ☐ Un termen diferit: ☐ Nu știu ☐ Prefer să nu răspund

Pasul 2: PERSOANA 1 (Continuați cu dumneavoastră.)**Informații actuale despre locul de muncă și venit**

☐ **Angajat:** Dacă sunteți angajat în momentul de față, spuneți-ne despre venitul dvs. Începeți cu întrebarea 23. ☐ **Nu sunt angajat:** Săriți la punctul 33. ☐ **Liber-profesionist:** Săriți la punctul 32.

Locul de muncă în momentul de față:

23. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului (opțional)

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

24. Numărul de telefon al angajatorului

25. Leafă / bacșiș (brut)

\$

☐ Pe oră ☐ Pe săptămână ☐ La 2 săptămâni ☐ Anual
☐ Bilunar ☐ Lunar

26. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

Al doilea loc de muncă în momentul de față: (Dacă aveți și alte locuri de muncă și aveți nevoie de mai mult spațiu, atașați o altă foaie de hârtie.)

27. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului (opțional)

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

28. Numărul de telefon al angajatorului

29. Leafă / bacșiș (brut)

\$

☐ Pe oră ☐ Pe săptămână ☐ La 2 săptămâni ☐ Anual
☐ Bilunar ☐ Lunar

30. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

31. În ultimul an, ați: ☐ Schimbat locul de muncă ☐ Încetat să lucrați ☐ Început să lucrați mai puțin ☐ Nici una dintre variante**32. Dacă sunteți liber-profesionist, răspundeți la întrebările a și b:**

a. Tip de muncă

b. Ce venit net (profit după acoperirea cheltuielilor comerciale) veți obține luna aceasta din activitatea ca liber-profesionist? Mergeți la instrucțiuni.

\$

Se continuă pe pagina următoare



33. **Alte venituri obținute luna aceasta:** Completați toate întrebările aplicabile, indicați suma și cât de des o primiți. Completați aici, dacă nu aveți venit. ☐

OBSERVAȚIE: Nu trebuie să menționați venitul din pensiile alimentare pentru copii, plăți pentru veterani sau Venit Suplimentar de Securitate (SSI).

☐ Șomaj \$ Cât de des?	☐ Pensie alimentară primită (Notă: Doar pentru divorțuri finalizate înainte de 1/1/2019.) \$ Cât de des?
☐ Pensie \$ Cât de des?	☐ Net agricultură/piscicultură \$ Cât de des?
☐ Asigurări Sociale \$ Cât de des?	☐ Net închiriere/drepturi de autor \$ Cât de des?
☐ Conturi de pensii \$ Cât de des?	☐ Alt venit, tip: \$ Cât de des?

34. **Deduceri:** Completați toate întrebările aplicabile, indicați suma și cât de des o plătiți. Dacă plătiți pentru chestiuni, care pot fi deduse într-o declarație de impozit pe venit, menționarea acestora ar putea să scadă puțin prețul asigurării de sănătate. Nu includeți pensia alimentară pe care o plătiți pentru copii sau un cost deja luat în considerare în răspunsul dvs. la întrebarea privind venitul net din activități independente (întrebarea 32b).

☐ pensie alimentară plătită (Notă: Doar pentru divorțuri finalizate înainte de 1/1/2019.) \$ Cât de des?	☐ Alte deduceri, tip: \$ Cât de des?
☐ Dobândă pe împrumutul pentru studii \$ Cât de des?	

35. **Răspundeți la această întrebare, dacă venitul dvs. se modifică pe parcursul anului**, de exemplu dacă lucrați la un loc de muncă doar o parte din an sau dacă primiți o indemnizație pentru anumite luni. Dacă nu vă așteptați la variații ale venitului dvs. lunar, treceți la persoana următoare.

Venitul dvs. total pe anul acesta \$	Venitul dvs. total pe anul viitor (dacă considerați că se va modifica) \$ ☐ Completați dacă considerați că venitul dvs. va fi greu de previzionat.
---	---

Vă mulțumim! Acestea sunt toate informațiile, pe care trebuie să le știți despre dumneavoastră.



Pasul 2: PERSOANA 2

Observație: Dacă această persoană nu are nevoie de asigurare de sănătate, răspundeți numai la întrebările 1-10 de pe această pagină. Faceți o copie a paginilor 5-7, dacă în gospodăria dvs. trăiesc mai mult de 2 persoane.

Completați această pagină pentru soțul/soția sau partenerul/partenera și copiii, care locuiesc cu dvs., și/sau orice persoane trecute pe declarația de impozit federal de venit, dacă depuneți o astfel de declarație. Dacă nu depuneți o declarație fiscală, nu uitați să adăugați membrii gospodăriei care locuiesc cu dvs. La pagina 1 puteți găsi mai multe informații despre persoanele, pe care le puteți include.

1. Prenume	Nume de botez	Nume de familie	Sufix
2. Relația cu PERSOANA 1? Consultați instrucțiunile.	3. PERSOANA 2 este căsătorită?	4. Data nașterii (ll/zz/aaaa)	5. Sex
	☐ Da ☐ Nu		☐ Femeiesc ☐ Bărbătesc
6. Număr de Securitate Socială (SSN)		Această informație este necesară, dacă doriți asigurare de sănătate pentru PERSOANA 2 și aceasta are SSN.	
7. PERSOANA 2 locuiește la aceeași adresă ca PERSOANA 1?		☐ Da ☐ Nu	
Dacă nu, indicați adresa:			
8. PERSOANA 2 plănuiește să depună declarația de impozit federal pe venit ANUL VIITOR? (Puteți să aplicați pentru asigurare de sănătate, chiar dacă PERSOANA 2 nu depune declarația de impozit federal pe venit.)			
☐ DA. Dacă da, răspundeți de la punctul a. c. ☐ NU. Dacă nu, răspundeți la punctul c.			
a. PERSOANA 2 va depune declarația de impunere împreună cu soțul/soția?		☐ Da ☐ Nu	
Dacă da, indicați numele soțului/soției:			
b. Va solicita PERSOANA 2 deducere personală în declarația de impunere pentru vreo persoană aflată în întreținerea sa?		☐ Da ☐ Nu	
Dacă da, indicați numele persoanei/-lor aflată/-e în întreținere:			
c. PERSOANA 2 va fi indicată ca persoană aflată în întreținere în declarația de impunere a altei persoane?		☐ Da ☐ Nu	
Dacă da, precizați numele persoanei care depune declarația fiscală:		În ce relație de rudenie se află PERSOANA 2 cu persoana, care depune declarația de impunere?	
9. PERSOANA 2 este gravidă? ☐ Da ☐ Nu a. Dacă da, câți copii așteaptă în această sarcină?			
10. PERSOANA 2 are nevoie de asigurare de sănătate? (Chiar dacă PERSOANA 2 are asigurare medicală, ar putea exista un program cu acoperire mai bună și costuri mai scăzute.)			
☐ DA. Dacă da, răspundeți la toate întrebările de mai jos. ☐ NU. Dacă nu, mergeți la întrebările despre venit de la pagina 5. Lăsați liber restul paginii.			
11. PERSOANA 2 are o afecțiune fizică, mentală sau emoțională care îi limitează activitățile (ca de exemplu: îmbăiatul, îmbrăcatul, treburile zilnice, etc.), o nevoie specială de sănătate sau locuiește într-o unitate medicală sau într-un azil? ☐ Da ☐ Nu			
12. PERSOANA 2 este cetățean american sau de naționalitate americană? ☐ Da ☐ Nu			
13. PERSOANA 2 a obținut cetățenia prin naturalizare sau derivație? (Aceasta înseamnă, de obicei, că s-a născut în afara SUA.)			
☐ DA. Dacă da, răspundeți la întrebările a și b. ☐ NU. Dacă nu, mergeți la întrebarea 14.			
a. Număr de înregistrare străin		b. Număr certificat	
După ce ați completat a și b, mergeți la întrebarea 15.			
14. Dacă PERSOANA 2 nu este cetățean american sau de naționalitate americană, are statut de imigrare eligibil? ☐ DA. Indicați tipul documentului și numărul de identificare.			
Consultați instrucțiunile			
Tip document de imigrare:	Tip statut (opțional):	Indicați numele PERSOANEI 2 așa cum apare pe documentul de imigrare.	
Număr de înregistrare străin sau I-94		Număr card sau pașaport	
ID SEVIS sau data expirării (opțional)		Altele (cod categorie sau țara emitentă)	
a. PERSOANA 2 locuiește în SUA din 1996?		☐ Da ☐ Nu	
b. PERSOANA 2 sau soțul/soția sau părinții PERSOANEI 2 sunt veterani sau membri activi ai armatei SUA?		☐ Da ☐ Nu	
15. PERSOANA 2 dorește ajutor pentru plata facturilor medicale din ultimele 3 luni?		☐ Da ☐ Nu	
16. PERSOANA 2 locuiește cu minim un copil cu vârsta sub 19 ani și este principala persoană, care are grijă de acesta? (Completați „da” dacă PERSOANA 2 sau soțul acesteia are grijă de acest minor.)		☐ Da ☐ Nu	
17. Indicați numele și relațiile pentru toți copiii sub 19 ani, care locuiesc cu PERSOANA 2: (Acești copii pot fi aceiași cu cei menționați la pagina 2)			
PERSOANA 2 se afla în îngrijire în plasament la vârsta de 18 ani sau mai mult? ☐ Da ☐ Nu			
Răspundeți la aceste întrebări dacă PERSOANA 2 are 22 de ani sau mai puțin:			
18. PERSOANA 2 a fost asigurată prin angajator, dar a pierdut asigurarea în ultimele 3 luni?		☐ Da ☐ Nu	
a. Dacă da, data de expirare a poliței:	b. Motivul, pentru care a încetat asigurarea:		
19. PERSOANA 2 este student/-ă sau elev/-ă full-time?		☐ Da ☐ Nu	

Se continuă pe pagina următoare

**Opțional:** (Furnizarea acestor informații nu va avea niciun impact asupra eligibilității, a opțiunilor de plan sau a costurilor).**Completați toate variantele aplicabile.**

21. Rasă:

☐ Alb ☐ Negru sau afro-american ☐ Amerindian sau nativ din Alaska ☐ Filipinez ☐ Japonez ☐ Corean ☐ Indian din Asia ☐ Chinez
☐ Vietnamez ☐ Alt popor din Asia ☐ Hawaiian ☐ Din Guam/Chamorro ☐ Samoan ☐ Alt locuitor al insulelor din Pacific ☐ Altele

Alegeți un răspuns.

22. Sexul atribuit la naștere (poate fi găsit pe certificatul de naștere al PERSOANEI 2):

☐ Femeie ☐ Bărbat ☐ Altul: ☐ Nu știu ☐ Prefer să nu răspund

23. Sexul actual:

☐ Femeie ☐ Bărbat ☐ Femeie transsexuală ☐ Bărbat transsexual ☐ Un termen diferit: ☐ Nu știu ☐ Prefer să nu răspund

24. Orientare sexuală:

☐ Bisexual(ă) ☐ Lesbiană sau gay ☐ Heterosexual (nu lesbiană sau gay) ☐ Un termen diferit: ☐ Nu știu ☐ Prefer să nu răspund

Pasul 2: PERSOANA 2

Spuneți-ne câte ceva despre venitul PERSOANEI 2. Răspundeți la întrebările de pe această pagină, chiar dacă PERSOANA 2 nu are nevoie de asigurare medicală.

Informații actuale despre loc de muncă și venit

☐ **Angajat:** Dacă PERSOANA 2 are un loc de muncă în momentul de față, spuneți-ne câte ceva despre venitul ei. Începeți cu întrebarea 25. ☐ **Nu este angajată:** Săriți la punctul 35. ☐ **Liber-profesionistă:** Săriți la punctul 34.

Locul de muncă în momentul de față:

25. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului (opțional)

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

26. Numărul de telefon al angajatorului

27. Leafă / bacșiș (brut)

\$

☐ Pe oră☐ Pe săptămână☐ La 2 săptămâni☐ Anual☐ Bilunar☐ Lunar

28. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

Al doilea loc de muncă în momentul de față: (Dacă PERSOANA 2 are mai multe servicii, atașați o altă foaie).

29. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului (opțional)

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

30. Numărul de telefon al angajatorului

31. Leafă / bacșiș (brut)

\$

☐ Pe oră☐ Pe săptămână☐ La 2 săptămâni☐ Anual☐ Bilunar☐ Lunar

32. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

33. În ultimul an, PERSOANA 2 a : ☐ Schimbat locul de muncă ☐ Încetat să lucreze ☐ Început să lucreze mai puțin ☐ Nici una dintre variante

34. Dacă PERSOANA 2 este liber-profesionistă, completați a și b:

a. Tip de muncă:

b. Ce venit net (profit după acoperirea cheltuielilor comerciale) va obține PERSOANA 2 luna aceasta din activitatea ca liber-profesionist? Consultați instrucțiunile.

\$

Se continuă pe pagina următoare



35. **Alte venituri obținute de PERSOANA 2 luna aceasta:** Completați toate întrebările aplicabile, indicați suma și cât de des o primește PERSOANA 2. Completați aici, dacă nu aveți venit. ☐ **NOTE: OBSERVAȚIE:** Nu trebuie să menționați venitul PERSOANEI 2 din pensiile alimentare pentru copii, plăți pentru veterani sau Venit Suplimentar de Securitate (SSI).

☐ Șomaj \$ Cât de des?	☐ Pensie alimentară primită (Notă: Doar pentru divorțuri finalizate înainte de 1/1/2019.) \$ Cât de des?
☐ Pensie \$ Cât de des?	☐ Net agricultură/piscicultură \$ Cât de des?
☐ Asigurări Sociale \$ Cât de des?	☐ Net închiriere/drepturi de autor \$ Cât de des?
☐ Conturi de pensii \$ Cât de des?	☐ Alt venit, tip: \$ Cât de des?

36. **Deduceri:** Completați toate întrebările aplicabile, indicați suma și cât de des o primește PERSOANA 2. Dacă PERSOANA 2 plătește pentru chestiuni, care pot fi deduse într-o declarație de impozit pe venit, menționarea acestora ar putea să scadă puțin prețul asigurării de sănătate. Nu includeți pensia alimentară pe care o plătește PERSOANA 2 sau un cost deja luat în considerare în răspunsul la întrebarea privind venitul net din activități independente (întrebarea 34b).

☐ Pensie alimentară plătită (Notă: Doar pentru divorțuri finalizate înainte de 1/1/2019.) \$ Cât de des?	☐ Alte deduceri, tip: \$ Cât de des?
☐ Dobândă pe împrumutul pentru studii \$ Cât de des?	

37. **Răspundeți la această întrebare, doar dacă venitul PERSOANEI 2 se modifică pe parcursul anului**, de exemplu, dacă PERSOANA 2 are un serviciu doar pentru o parte a anului sau dacă primește beneficii în anumite luni. Dacă venitul lunar al PERSOANEI 2 nu se modifică, treceți la următoarea persoană. ➔

Venitul total al PERSOANEI 2 anul acesta \$	Venitul total al PERSOANEI 2 anul viitor \$	☐ Completați dacă considerați că venitul dvs. va fi greu de previzionat.
--	--	--

Vă mulțumim! Acestea sunt toate informațiile, pe care trebuie să le știm despre PERSOANA 2

**PASUL 3: Membru (membri) al gospodăriei indian american sau nativ din Alaska (AI/AN)**

1. Dvs. sau cineva din gospodărie sunteți indian american sau nativ din Alaska?

☐ NU. Dacă nu, mergeți la Pasul 4. ☐ DA. Dacă da, continuați cu Pasul 4, de asemenea, completați Anexa B și includeți-o în aplicație.**PASUL 4: Asigurarea de sănătate a gospodăriei**

1. A fost cineva din această aplicație considerat neeligibil pentru Medicaid sau Programul de Asigurare de Sănătate pentru Copii (CHIP) în ultimele 90 de zile?

(Selectați da, doar dacă o persoană a fost considerată neeligibilă pentru aceste asigurări de către statul dumneavoastră, nu de Marketplace.)..... ☐ Da ☐ NuCine? Data: Sau, a fost cineva din cei incluși în această aplicație neeligibil pentru Medicare sau CHIP datorită statutului de imigrant în ultimii 5 ani?..... ☐ Da ☐ NuCine? Cineva din cadrul prezentei cereri a depus cerere de asigurare pe parcursul perioadei de înscrieri deschise Marketplace sau după un eveniment de viață care îndeplinește condițiile?..... ☐ Da ☐ NuCine?

2. I-a fost oferită vreună dintre persoanele indicate în această aplicație asigurare de sănătate de la locul de muncă? Bifați da, chiar dacă asigurarea este de la locul de muncă al altcuiva, cum ar fi soțul/soția sau părinții, chiar dacă această persoană nu a acceptat asigurarea. Bifați nu dacă singura asigurare oferită este COBRA.

☐ DA. Continuați, apoi completați Anexa A. ☐ NO.Dacă da, este un plan de beneficii pentru angajați oferit de stat?..... ☐ Da ☐ NuPersoanele enumerate în cerere au primit o asigurare individuală HRA (Aranjament de rambursare a cheltuielilor de sănătate) sau o asigurare QSEHRA (HRA eligibilă pentru micii angajatori)?..... ☐ Da ☐ Nu

3. Are cineva asigurare medicală în momentul de față?

☐ DA. Dacă da, mergeți la întrebarea 4. ☐ NU. Dacă nu, MERGEȚI la Pasul 5.

4. Informații despre asigurarea de sănătate din momentul de față. (Faceți o copie a acestei pagini, dacă mai mult de 2 persoane au asigurare de sănătate în momentul de față). Indicați tipul de asigurare, cum ar fi asigurare prin angajator, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, programul de asigurare de sănătate al VA (Ministerul pentru veterani), Peace Corps, sau altele. (Nu menționați TRICARE, dacă aveți Direct Care sau Line of Duty.)

PERSOANA 1:	Numele persoanei, care deține asigurare de sănătate	
	Tipul asigurării:	
	☐ Asigurare prin angajator ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programul de asigurare de sănătate al VA ☐ Peace Corps ☐ Altele	
	Dacă este vorba despre o asigurare de sănătate prin angajator: (Trebuie să răspundeți și la întrebările din Anexa A.)	
	Numele companiei de asigurări de sănătate	Numărul / ID-ul poliței
	Dacă este alt fel de asigurare: ☐ Completați aici dacă aceasta este asigurare medicală prin (Programul de Schimb de Asigurare Medicală)	
	Numele companiei de asigurări de sănătate	Numărul / ID-ul poliței
	Este o asigurare limitată, cum ar fi o poliță pentru accidente petrecute la școală?..... ☐ Da ☐ Nu	

PERSOANA 2:	Numele persoanei, care deține asigurare de sănătate	
	Tipul asigurării:	
	☐ Asigurare prin angajator ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programul de asigurare de sănătate al VA ☐ Peace Corps ☐ Altele	
	Dacă este vorba despre o asigurare de sănătate prin angajator: (Trebuie să răspundeți și la întrebările din Anexa A.)	
	Numele companiei de asigurări de sănătate	Numărul / ID-ul poliței
	Dacă este alt fel de asigurare: ☐ Completați aici dacă aceasta este asigurare medicală prin (Programul de Schimb de Asigurare Medicală).	
	Numele companiei de asigurări de sănătate	Numărul / ID-ul poliței
	Este o asigurare limitată, cum ar fi o poliță pentru accidente petrecute la școală?..... ☐ Da ☐ Nu	

Doriți informații cu privire la înscrierea la vot? (opțional)

☐ Da ☐ Nu ☐ Prefer să nu răspundPuteți obține informații, detalii despre termenele limită de înregistrare și resurse disponibile în statul dumneavoastră la [Vote.gov](https://www.vote.gov).

**Pasul 5: Acordul și semnătura dumneavoastră**

1. Sunteți de acord ca platforma Marketplace să utilizeze în următorii 5 ani date despre venit, inclusiv informații din declarațiile de impunere? ☐ Da ☐ Nu

Pentru a înlesni stabilirea eligibilității dvs. pentru ajutor la plata asigurării în următorii ani, puteți fi de acord ca platforma Marketplace să poată utiliza date despre venit actualizate, inclusiv informații din declarația de impunere. Platforma Marketplace vă va trimite o notificare și veți avea posibilitatea de a face modificări. Marketplace va verifica pentru a se asigura că în continuare sunteți eligibil/ă, putând să vă solicite să confirmați dacă venitul dvs. se încadrează în continuare. Puteți renunța la această opțiune în orice moment.

Dacă nu, actualizează automat informațiile mele pentru următorii: ☐ 5 ani ☐ 4 ani ☐ 3 ani ☐ 2 ani ☐ 1 ani

☐ Nu utiliza informațiile mele fiscale pentru a reînnoi eligibilitatea pentru ajutor la plata asigurării (alegerea acestei opțiuni poate influența posibilitatea de a obține ajutor la plata asigurării, la momentul reînnoirii.)

2. Este încarcerată vreuna dintre persoanele, care aplică pentru asigurare de sănătate în această aplicație (reținută sau închisă)? ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, indicați numele acelei persoane. Numele persoanei încarcerate este:

☐ Completați acest câmp, dacă s-a luat vreo decizie finală în justiție în legătură cu acuzațiile.

Dacă cineva din cadrul cererii este înscris în planul de asigurări Marketplace și ulterior se constată că are o altă asigurare de sănătate (ca de exemplu Medicare, Medicaid sau CHIP), Marketplace va sista automat asigurarea Marketplace. Astfel ne vom asigura că persoanele despre care se constată că au altă asigurare nu rămân înscrise în planul de asigurări Marketplace și nu vor trebui să achite costul integral.

- ☐ Sunt de acord să permit celor de la Marketplace să sisteze asigurarea Marketplace a persoanelor din cadrul cererii mele aflate în această situație.
- ☐ Nu acord permisiunea celor de la Marketplace să sisteze asigurarea Marketplace în această situație. Înțeleg că persoanele afectate din cererea mea nu vor mai fi eligibile pentru ajutor financiar și trebuie să achite costul integral al planului Marketplace.

Dacă vreo persoană din această aplicație este eligibilă pentru Medicaid:

- Transfer agenției Medicaid drepturile de a revendica și a obține orice sume de bani de la altă asigurare, prin înțelegere legală sau de la alți terți. De asemenea, transfer agenției Medicaid dreptul de a revendica și obține sprijin medical de la soț/soție sau părinți.
- Are vreunul din copiii incluși în această aplicație un părinte, care locuiește altundeva decât în această gospodărie? ☐ Da ☐ Nu
- Dacă da, știu că voi fi rugat să cooperez cu agenția, care percepe sprijin medical de la un părinte absent. Dacă sunt de părere că perceperea de sprijin medical ne va afecta pe mine sau pe copiii mei, voi anunța Medicaid și poate nu va trebui să cooperez.
- Semnez această aplicație sub amenințarea pedepsei pentru sperjur, aceasta însemnând că, după știința mea, am dat răspunsuri adevărate la toate întrebările din acest formular. Știu că pot fi supus sancțiunilor impuse de legile federale, dacă ofer intenționat informații false sau neadevărate.
- Știu că trebuie să anunț Health Insurance Marketplace® în termen de 30 de zile, dacă apar modificări (sau diferențe) față de ceea ce am declarat în această aplicație. Pot vizita pagina [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) sau suna la **1-800-318-2596** pentru a notifica orice modificări. Înțeleg că o schimbare în informațiile mele poate afecta eligibilitatea mea și a membrului/membrilor familiei mele.
- Știu că legea federală interzice discriminarea pe motiv de rasă, culoare, origine națională, sex, vârstă, orientare sexuală, identitate de gen sau dizabilitate. Pot înainta o plângere pentru discriminare la adresa [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint).
- Știu că informațiile din acest formular vor fi utilizate doar pentru a stabili eligibilitatea pentru asigurarea de sănătate, pentru asistență la plata asigurării (dacă a fost solicitată) și pentru scopuri legale ale platformei Marketplace și a programelor destinate asistenței la plata asigurării de sănătate.

Aceste informații sunt necesare pentru verificarea eligibilității pentru acordarea ajutorului de plată pentru asigurarea de sănătate în cazul în care optați să depuneți cerere. Răspunsurile dvs. vor fi verificate pe baza informațiilor existente în bazele noastre de date electronice și în bazele de date de la Internal Revenue Service (IRS), Asigurări Sociale, Departamentul de Securitate Internă și/sau biroul de credit. Dacă informațiile nu coincid, vă putem solicita să ne trimiteți o confirmare.

Ce ar trebui să facă dacă consider că înștiințarea cu privire la eligibilitatea mea este greșită?

Veți primi o Notificare de eligibilitate prin poștă după ce vă vom procesa cererea. Dacă nu sunteți de acord cu concluziile noastre, în multe cazuri puteți face contestație. Citiți avizul de eligibilitate pentru afla instrucțiuni privind contestațiile specifice pentru fiecare persoană din cadrul gospodăriei care depune cerere de asigurare, inclusiv numărul de zile în care trebuie să depuneți o contestație. Mai jos găsiți informații importante de avut în vedere când înaintați o contestație:

- Dacă doriți, și altcineva poate să solicite reevaluarea dosarului dvs. sau poate participa la contestația dvs. Această persoană poate fi un prieten, o rudă, un avocat sau altă persoană. Sau puteți să solicitați și participați dvs. înșivă la cererea de reevaluare.
- Dacă solicitați o reevaluare, există posibilitatea să vă păstrați eligibilitatea pentru asigurare pe durata soluționării contestației dvs.
- Rezultatul contestației poate modifica eligibilitatea altor membri ai gospodăriei.

Pentru a înainta o contestație cu privire la rezultatele dvs. la Marketplace, vizitați pagina [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals/) sau sunați la call center-ul Marketplace: **1-800-318-2596**. Utilizatorii TTY pot suna la **1-855-889-4325**. De asemenea, puteți trimite prin poștă un formular de solicitare a reevaluării sau scrisoarea dvs. de solicitare a reevaluării la **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Puteți contesta decizia de neeligibilitate pentru încheierea asigurării medicale prin Marketplace, pentru perioade de înscriere, credite fiscale, reduceri la contribuția proprie, Medicaid și CHIP, dacă acestea v-au fost refuzate. Dacă vă calificați pentru credite fiscale sau reduceri la contribuția proprie, puteți contesta suma, pentru care am stabilit că sunteți eligibil. În funcție de statul de reședință, puteți înainta contestația prin Marketplace sau trebuie să solicitați o reevaluare prin agențiile de stat Medicaid sau CHIP.

PERSOANA 1 trebuie să semneze această aplicație. Dacă sunteți reprezentantul autorizat, puteți semna aici, atâta vreme cât PERSOANA 1 a semnat Anexa C.

Semnătură

Data semnăturii (ll/zz/aaaa)

Dacă semnați această aplicație în afara ferestrei de Înscriere Deschisă (între 1 noiembrie și 15 ianuarie), asigurați-vă că ați luat la cunoștință Anexa D („Întrebări despre schimbări în viața dvs.”).



AVEȚI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU APLICAȚIE? Vizitați pagina de web [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), sau sunați-ne la numărul de telefon 1-800-318-2596. Dacă aveți nevoie de asistență în altă limbă decât engleză, sunați la **1-800-318-2596** și comunicați reprezentantului Relații Clienti limba dorită. Vă vom oferi ajutor gratuit. Utilizatorii TTY pot suna la **1-855-889-4325**.



Pasul 6: Trimiteți aplicația completată prin poștă



Trimiteți aplicația semnată la adresa:

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

Pentru a primi ajutor într-o altă limbă decât Engleză

Dacă Dumneavoastră sau cineva pe care ajutați, are întrebări referitoare la Programul pentru Schimbul de Asigurare Medicală, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră fără nici un cost. Pentru a vorbi cu un interpret, sunați la **1-800-318-2596**.

Mai jos puteți găsi o enumerare a limbilor disponibile și a mesajului de mai sus disponibil în aceste limbi.

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 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.

Declarație de transparență cu privire la Legea de simplificare a formalităților administrative (PRA) În conformitate cu Legea de simplificare a formalităților administrative din 1995, nimeni nu este obligat să răspundă unei acțiuni de colectare a informațiilor, decât dacă se afișează un număr de control OMB valabil. Numărul de control OMB valabil pentru această acțiune de colectare a informațiilor este 0938-1191. Timpul necesar pentru a completa aceste informații este estimat la 45 de minute pentru fiecare răspuns, inclusiv timpul pentru citirea instrucțiunilor, căutarea în resursele de date existente, adunarea datelor necesare și completarea și revizuirea colectării de informații. Dacă aveți observații cu privire la acuratețea estimării timpului sau sugestii pentru îmbunătățirea acestui formular, vă rugăm să vă adresați în scris la adresa: CMS, 7500 Security Boulevard, În atenția: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Pentru a primi ajutor într-o altă limbă decât Engleză (Se continuă)**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, કોલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

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

Italiano (Italian)

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

日本語 (Japanese)

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

Declarație de transparență cu privire la Legea de simplificare a formalităților administrative (PRA) În conformitate cu Legea de simplificare a formalităților administrative din 1995, nimeni nu este obligat să răspundă unei acțiuni de colectare a informațiilor, decât dacă se afișează un număr de control OMB valabil. Numărul de control OMB valabil pentru această acțiune de colectare a informațiilor este 0938-1191. Timpul necesar pentru a completa aceste informații este estimat la 45 de minute pentru fiecare răspuns, inclusiv timpul pentru citirea instrucțiunilor, căutarea în resursele de date existente, adunarea datelor necesare și completarea și revizuirea colectării de informații. Dacă aveți observații cu privire la acuratețea estimării timpului sau sugestii pentru îmbunătățirea acestui formular, vă rugăm să vă adresați în scris la adresa: CMS, 7500 Security Boulevard, În atenția: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



AVEȚI NEVOIE DE AJUTOR PENTRU APLICAȚIE? Vizitați pagina de web [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), sau sunați-ne la numărul de telefon 1-800-318-2596. Dacă aveți nevoie de asistență în altă limbă decât engleză, sunați la **1-800-318-2596** și comunicați reprezentantului Relații Clienți limba dorită. Vă vom oferi ajutor gratuit. Utilizatorii TTY pot suna la **1-855-889-4325**.

**Anexa A: Asigurare medicală prin locul de muncă**

NU trebuie să răspundeți la aceste întrebări, decât dacă cineva din gospodăria dvs. este eligibil pentru asigurare medicală prin locul de muncă, chiar dacă nu au acceptat să încheie această asigurare. De asemenea, nu trebuie să răspundeți la aceste întrebări dacă singura asigurare oferită cuiva este COBRA. Atașați o copie a acestei pagini pentru fiecare serviciu, care oferă asigurare.

Spuneți-ne câte ceva despre serviciul, care oferă asigurare.

Faceți o copie a acestei pagini și prezentați-o angajatorului, care oferă asigurare, pentru a vă ajuta să răspundeți la întrebări

Informatii despre angajat

1. Numele angajatului (Prenume, nume de botez, nume de familie)	2. Număr de Securitate Socială al angajatului (SSN)

Informatii despre angajator

3. Angajator/numele companiei	
4. Număr Identificare Angajator (EIN)	5. Numărul de telefon al angajatorului

Acum, adăugați informația persoanei sau departamentului responsabil de beneficiile angajatului. Este posibil să contactăm această persoană dacă vom avea nevoie de mai multe informații:

6. Persoana sau departamentul pe care putem contacta despre asigurarea medicală a angajatului	
7. Adresa angajatorului (Se poate ca Programul de Schimb de Asigurare Medicală să trimită notificări la această adresă)	
8. Localitate	9. Stat
10. Cod poștal	
11. Număr de telefon (dacă diferă de cel de mai sus)	12. Adresă de e-mail

13. Angajatul beneficiază de asigurare de sănătate din partea angajatorului? Selectați „da” doar în cazul în care acesta va avea o ofertă de asigurare începând cu luna viitoare, sau începând cu 1 ianuarie în cazul în care depune cerere în timpul perioadei de înscriere deschisă (1 noiembrie - 15 ianuarie).

☐ **DA** (Continuați) ☐ **NU (PENTRU ANGAJATOR: OPRIȚI-VĂ și înapoiati acest formular angajatului.**

PENTRU ANGAJAT: reveniți la aplicația pentru asigurarea prin Programul de Schimb de Asigurare Medicală.)

Oferă angajatorul un plan de asigurare medicală care acoperă pe soțul/soția angajatului și alte persoane dependente?

☐ **DA. Dacă DA,** care sunt aceste persoane? ☐ Soț ☐ Soție ☐ **NU** (Duceți-vă la întrebarea 14)

Enumerați numele tuturor persoanelor din familia angajatului care sunt eligibile pentru asigurarea provenită prin prezentul loc de muncă.

Nume

Nume

Nume

Se continuă pe pagina următoare



Spuneți-ne câte ceva despre asigurarea medicală cu costul cel mai scăzut oferită de acest angajator.

14. Oferă acest angajator o asigurare, care întrunește standardul de valoare minimă*?

☐ **DA** (avansați la întrebarea 15) ☐ **NU** (OPRIȚI-VĂ și returnați acest formular angajatorului)

15. Cât va trebui să plătească angajatul pentru cel mai convenabil plan de costuri, **valabil numai pentru angajați**, care corespunde mediei valorii minime*? Nu includeți planul pentru familii.

a. Angajatul va plăti acest cost de asigurare: \$

SPECIFICARE: Precizați costul minim pe care angajatul ar trebui să o plătească pentru asigurarea de sănătate.

b. Dacă angajatul nu va plăti costul pentru asigurare: ☐ Săptămânal ☐ La 2 săptămâni ☐ Bilunar ☐ Lunar ☐ Trimestria ☐ Anual

16. **Dacă la întrebarea 13 sunt enumerați alți membri ai gospodăriei:** Cât ar plăti angajatul pentru planul cu cel mai mic cost care acoperă angajatul și membrii gospodăriei enumerați la întrebarea 13? Dacă angajatorul oferă programe de wellness, introduceți prima pe care angajatul ar plăti-o dacă acesta ar beneficia de reducerea maximă pentru orice program de renunțare la tutun și nu a beneficiat de alte reduceri bazate pe programe de wellness.

a. Angajatul va plăti acest cost de asigurare: \$

b. Dacă angajatul nu va plăti costul pentru asigurare: ☐ Săptămânal ☐ La 2 săptămâni ☐ Bilunar ☐ Lunar ☐ Trimestria ☐ Anual

* Un plan de asigurare medicală corespunde mediei valorii minime dacă acoperă cel puțin 60% din totalul facturii de servicii medicale pentru media populației și dacă include un număr mare de servicii medicale și spitalicești. Cele mai multe planuri oferite de angajatori corespund mediei valorii minime.





**Anexa C: Ajutor cu completarea acestei cereri****Numai pentru uzul consilierilor, observatorilor, agenților și brokerilor certificați**

Completați această secțiune, dacă sunteți consilier, observator, agent sau broker certificat și completați această aplicație pentru altă persoană.

1. Data de începere a aplicației (ll/zz/aaaa)	
2. Prenume, nume de botez, nume de familie & sufix	
3. Numele organizației	
4. Nr. ID (dacă este cazul)	5. Numai agenți/brokeri: Nr. NPN

Puteți alege un reprezentant autorizat.

Puteți da unei persoane de încredere permisiunea de a discuta cu noi, de a avea acces la informațiile dvs. și de a acționa în numele dvs. în chestiuni legate de această aplicație, inclusiv pentru a obține informații despre aplicație și a semna aplicația din partea dvs. Această persoană este numită „reprezentant autorizat”. Contactați Marketplace, dacă doriți să schimbați reprezentantul autorizat sau să-i retrageți mandatul. Dacă sunteți reprezentantul legal al unei persoane din această aplicație, înaintați dovada în acest sens împreună cu aplicația.

1. Numele reprezentantului autorizat (Prenume, nume de botez, nume de familie)		
2. Adresa	3. Adresa de domiciliu 2	
4. Localitate	5. Stat	6. Cod poștal
7. Telefon		
8. Numele organizației		
9. Nr. ID (dacă este cazul)		

Semnând, autorizați această persoană să semneze aplicația dvs., să obțină informații oficiale despre această aplicație și să acționeze în numele dvs. în toate chestiunile viitoare legate de această aplicație.

10. Semnătura PERSOANEI 1 menționată în această aplicație	11. Data semnăturii (ll/zz/aaaa)



**Anexa D: Întrebări despre schimbări în viața dumneavoastră****(Trebuie să completați restul aplicației împreună cu această pagină. Nu predați această pagină individual.)**

Dacă cineva din cadrul acestei cereri a înregistrat anumite modificări ale vieții - ca de exemplu pierderea asigurării de sănătate, căsătorie sau a născut un copil - în ultimele 60 de zile (SAU se așteaptă la astfel de modificări în următoarele 60 de zile), completați această pagină și atașați-o la cererea completată și semnată. Anumite modificări ale vieții permit ca asigurarea prin Marketplace să înceapă imediat. De asemenea, vă recomandăm să răspundeți la aceste întrebări doar în cazul în care depuneți cerere în afara perioadei de înscriere deschisă (1 noiembrie - 15 ianuarie).

Aceste întrebări sunt opționale. Dacă situația dvs. personală nu s-a schimbat, puteți să nu răspundeți. Puteți să vă înscrieți la Medicaid sau la Programul de Asigurare de Sănătate pentru Copii (CHIP) oricând pe parcursul anului, chiar dacă în viața dvs. nu au survenit schimbări. Membrii ai triburilor recunoscute și nativii din Alaska interesați se pot înscrie pentru asigurare de sănătate prin Marketplace oricând pe parcursul anului.

Spuneți-ne câte ceva despre modificările din gospodăria dvs.**1. Și-a pierdut cineva calificarea pentru asigurare medicală în ultimele 60 de zile, sau se așteaptă să piardă această calificare?**

Nume	Data, la care s-a terminat sau se va termina asigurarea (ll/zz/aaaa.)

2. S-a căsătorit cineva în ultimele 60 de zile?

Nume	Data (ll/zz/aaaa)

a. A avut vre-una dintre aceste persoane asigurare medicală eligibilă în ultimele 60 de zile? ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, precizați numele persoanei mai jos:

3. A fost cineva eliberat din închisoare (detenție sau încarcerare) în ultimele 60 de zile?

Nume	Data (ll/zz/aaaa)

4. A obținut cineva statut de imigrant eligibil în ultimele 60 de zile?

Nume	Data (ll/zz/aaaa)

5. A fost cineva adoptat, oferit spre adopție sau trimis în grija serviciilor sociale în ultimele 60 de zile?

Nume	Date (mm/dd/yyyy)

6. A devenit cineva co-dependent datorită alocației pentru creșterea copilului sau a unui ordin judecătoresc în ultimele 60 de zile?

Nume	Data (ll/zz/aaaa)

7. În ultimele 60 de zile s-a mutat cineva?

Nume	Data mutării (ll/zz/aaaa)

a. Care este codul ZIP al adresei dvs. anterioare? ☐ Completați aici dacă v-ați mutat dintr-o țară străină sau teritoriu S.U.A.

b. A avut vre-una dintre aceste persoane asigurare medicală eligibilă în ultimele 60 de zile? ☐ Da ☐ Nu

Dacă da, precizați numele mai jos:

Nume