



เอกสารด้านการประกันสุขภาพ คำขอรับการประกันสุขภาพ และ การช่วยชำระค่าใช้จ่าย

➡ โปรดสมัครออนไลน์ที่ **HealthCare.gov** เพื่อการสมัครที่รวดเร็วขึ้น



ใช้ใบสมัครนี้เพื่อตรวจสอบว่าคุณมีคุณสมบัติรับความคุ้มครองแบบใด

- Marketplace มีแผนงานที่จะมอบความคุ้มครองที่ครอบคลุมเพื่อให้คุณมีความเป็นอยู่ที่ดี.
- เครดิตภาษีที่ช่วยลดเบี้ยประกันสุขภาพแก่คุณในทันที.
- ฟรีสำหรับแผนสุขภาพครอบคลุมต้นทุนต่ำผ่านแผน Medicaid หรือโปรแกรมประกันสุขภาพสำหรับเด็ก Children's Health Insurance Program (CHIP). ระดับของรายได้ในบางระดับอาจตรงคุณสมบัตินในการขอรับโปรแกรมต้นทุนต่ำ.



ใครสามารถใช้แบบคำขอนี้ได้

- ใช้ใบสมัครนี้เพื่อสมัครกับบุคคลในครอบครัวของคุณ.
- สมัครถึงแม้ว่าคุณ คู่สมรสของคุณหรือบุตรของคุณมีเบี้ยประกันครอบคลุมอยู่แล้ว ซึ่งอาจมีสิทธิได้รับการครอบคลุมต้นทุนต่ำโดยไม่มีค่าใช้จ่าย.
- หากเป็นโสด ท่านสามารถใช้แบบฟอร์มอย่างย่อ โปรดศึกษาในเวปไซต์ **HealthCare.gov**.
- ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นบุคคลต่างชาติสามารถสมัครได้เช่นกัน คุณสามารถสมัครให้แก่บุตรของคุณได้ถึงแม้ว่าคุณไม่มีสิทธิได้รับความครอบคลุมประกันนี้ การสมัครไม่ส่งผลต่อสถานะคนเข้าเมืองของคุณหรือโอกาสในการเป็นพลเมืองโดยถาวรหรือประชากรของประเทศ.
- หากบุคคลอื่นกรอกแบบคำขอนี้แทนท่าน ท่านต้องกรอกภาคผนวก C



ข้อมูลจำเป็นในการสมัคร

- หมายเลขประกันสังคม (SSNs) (หรือหมายเลขเอกสารสำหรับต่างชาติที่มีสิทธิได้รับประกันครอบคลุม).
- ข้อมูลรายได้และข้อมูลนายจ้างของสมาชิกครอบครัวทุกคน (อาทิ ต้นข้าวการจ่าย แบบฟอร์ม W-2 หรือค่าแรงและภาษี).
- หมายเลขกรมธรรม์ประกันสุขภาพปัจจุบัน
- ข้อมูลเกี่ยวกับประกันที่เกี่ยวข้องในการทำงานที่มีอยู่ในครอบครัวของคุณ.



ทำไมเราจึงต้องข้อมูลเหล่านี้?

เราขอข้อมูลรายได้และข้อมูลอื่นเพื่อให้ท่านทราบว่าท่าน สามารถได้รับความคุ้มครองแบบใด รวมทั้งจะได้ทราบว่าท่านจะได้สิทธิในการช่วยชำระมากน้อยเพียงใด **ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับตามที่กฎหมายกำหนด** เพื่อดูค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับรัฐบาลผู้ดูแลความเป็นส่วนตัวไปที่ **HealthCare.gov**. หรือดูคำชี้แจง



ขั้นตอนต่อไปคืออะไร?

โปรดเก็บรักษาสำเนาไว้ และส่งใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้วลงนามแล้วไปที่ที่อยู่ระบุในหน้า 10 หากไม่สามารถกรอกข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนด ขอให้ลงนามและส่งแบบคำขอได้เช่นกัน เราจะตอบกลับภายใน 1-2 สัปดาห์ ท่านอาจจะได้รับโทรศัพท์จากฝ่ายการตลาดประกัน ในกรณีที่เรต้องการข้อมูลเพิ่มเติม คุณจะได้รับการแจ้งเตือนสิทธิผ่านทางไปรษณีย์หลังจากทางเราดำเนินการพิจารณาใบสมัครของคุณ หากคุณไม่ได้รับการติดต่อจากทางเรา กรุณาติดต่อคอลเซ็นเตอร์ของ Marketplace การกรอกข้อมูลในใบสมัครนี้ไม่ได้หมายความว่าเราได้ซื้อประกันสุขภาพ,



ขอคำแนะนำในการกรอกแบบคำขอนี้อย่างไร

- ศึกษาในเวป **HealthCare.gov**.
- โทรศัพท์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ศูนย์ ที่หมายเลข **1-800-318-2596** สำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการได้ยิน โปรดโทรเข้าที่หมายเลข **1-855-899-4325**
- ติดต่อด้วยตนเอง: อาจมีผู้ที่สามารถให้คำแนะนำได้ในพื้นที่ใกล้เคียง ให้ศึกษาในเวป **HealthCare.gov** หรือโทรศัพท์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ ศูนย์ ที่หมายเลข **1-800-318-2596**
- ภาษาอื่นๆ หากท่านต้องการความช่วยเหลืออื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ กรุณาติดต่อ **1-800-318-2596** และแจ้งภาษาที่ใช้กับเจ้าหน้าที่บริการลูกค้า เราจะดูแลท่านโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

คุณมีสิทธิได้รับข้อมูลในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้ เช่นเอกสารตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ อักษรเบรลล์หรือเสียง นอกจากนี้ คุณมีสิทธิยื่นข้อร้องเรียนได้หากคุณรู้สึกว่าถูกเลือกปฏิบัติ ไปที่ **CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice** หรือโทรศัพท์ที่ **1-800-318-2596** ผู้ใช้ TTY สามารถโทรไปที่ **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



เขียนตัวพิมพ์ใหญ่โดยใช้หมึกสีดำหรือสีน้ำเงินเท่านั้น
ให้แรเงาดำในวงกลม (○) → ● ตามแบบนี้.

ตอนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

(ทางเราต้องการผู้ใหญ่อีกคนหนึ่งหรือสองคนเพื่อเป็นผู้ติดต่อในเรื่องการสมัครของคุณ)

1. ชื่อต้น	ชื่อกลาง	นามสกุล	ค่าลงท้าย
2. ที่อยู่ (เว้นว่างหากไม่มี)			3. ที่อยู่ที่พัก 2
4. นคร/มหานคร	5. รัฐ	6. รหัสไปรษณีย์	7. เขต
8. ที่อยู่เพื่อรับพัสดุไปรษณีย์ (หากแตกต่างจากที่อยู่อาศัย)			9. ที่อยู่สำหรับติดต่อ 2
10. นคร/มหานคร	11. รัฐ	12. รหัสไปรษณีย์	13. เขต
14. หมายเลขโทรศัพท์		15. หมายเลขโทรศัพท์รอง	
16. ท่านประสงค์จะรับข้อมูลเกี่ยวกับการสมัครทางอีเมลใช่หรือไม่..... ☐ ใช่ ☐ ไม่			
ที่อยู่อีเมล :			
17. ภาษาที่ต้องการใช้:		เขียน	
		พูด	

ตอนที่ 2: อธิบายครอบครัวของคุณแก่เรา

ท่านประสงค์จะใส่ชื่อใครในแบบคำขอนี้

ทำตามขั้นตอนในหน้า 2 สำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัวของคุณ แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีประกันคุ้มครองอยู่แล้วก็ตาม ข้อมูลในใบสมัครนี้จะช่วยให้เราแน่ใจว่าทุกคนสามารถได้รับประกันสุขภาพที่ครอบคลุมที่ดีที่สุด จำนวนความช่วยเหลือหรือประเภทความช่วยเหลือที่คุณมีสิทธิ์ได้รับขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกในครอบครัวของคุณและรายได้ของครอบครัว หากคุณไม่รวมทุกคนในใบสมัคร แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีประกันสุขภาพครอบคลุมแล้วก็ตาม อาจส่งผลต่อสิทธิ์การได้รับประกันของคุณ

สำหรับผู้ใหญ่ที่ประสงค์จะรับสิทธิ์เงินประกัน

ให้กรอกชื่อทุกคน แม้ว่า ทุกคนไม่ได้กรอกค่าขอประกันสุขภาพด้วยตนเองก็ตาม

- คู่สมรส
- ไม่ว่าบุตรหรือธิดาที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปีที่ยังอาศัยอยู่ร่วมกันรวมทั้งหลาน
- บุคคลอื่นใดที่อยู่ในบัญชีขอรับคืนภาษีแบบเดียวกัน (รวมทั้งบุตรคนใดก็ตามที่อายุเกิน 21 ปีไปที่บิดามารดาใช้ชื่อในการเรียกเก็บภาษี) ท่านไม่จำเป็นต้องแจ้งข้อมูลภาษีเพื่อขอเงินประกันสุขภาพ

สำหรับบุตรอายุต่ำกว่า 21 ปีที่ต้องการประกันสุขภาพ

ให้กรอกชื่อทุกคน แม้ว่า ทุกคนไม่ได้กรอกค่าขอประกันสุขภาพด้วยตนเองก็ตาม

- พ่อแม่ (หรือพ่อแม่บุญธรรม) ที่อาศัยอยู่ด้วย
- บุตรชายหญิงของคู่สมรสที่อาศัยอยู่ด้วย
- บุตรชายหญิงที่อาศัยอยู่ด้วยรวมทั้งบุตรบุญธรรม
- หรือคู่สมรสที่อาศัยอยู่ร่วมกัน
- บุคคลอื่นใดที่อยู่ในบัญชีขอรับคืนภาษีแบบเดียวกัน ท่านไม่จำเป็นต้องแจ้งข้อมูลภาษีเพื่อขอเงินประกันสุขภาพ

ทำตามขั้นตอนที่ 2 ให้เสร็จสมบูรณ์สำหรับสมาชิกในครอบครัวของคุณแต่ละคน

เริ่มจากตัวคุณเอง และเพิ่มสมาชิกอื่นจากผู้ใหญ่และเด็ก หากในครอบครัวของคุณมีสมาชิกมากกว่า 2 คน คุณต้องคัดลอกสำเนาของหน้าเอกสารและแนบมาด้วย

คุณไม่จำเป็นต้องระบุสถานะบ้านเมืองหรือหมายเลขประกันสังคม SSN ของสมาชิกในครอบครัวของคุณที่ไม่ต้องการประกันสุขภาพ เราจะเก็บข้อมูลที่กรอกไว้เป็นอย่างดีและเป็นความลับและปลอดภัยตามกฎหมายระบุ เราจะใช้ข้อมูลส่วนตัวของคุณเพื่อตรวจสอบสิทธิ์ที่คุณจะได้รับประกันสุขภาพครอบคลุมเท่านั้น

? ท่านต้องการความช่วยเหลือในการสมัครใช่หรือไม่? เยี่ยมชม [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) หรือ โทร 1-800-318-2596 หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษโทร 1-800-318-2596 และบอกตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้าภาษาที่คุณต้องการ เราจะดำเนินการช่วยเหลือคุณโดยไม่ค่าใช้จ่าย ผู้ใช้ TTY ควรโทร 1-855-889-4325



ตอนที่ 2: คนที่ 1 (ตัวท่านเอง)

ทำตามขั้นตอนที่ 2 ให้สมบูรณ์สำหรับตัวคุณเอง คู่สมรส/พาร์ทเนอร์ของคุณ และผู้อาศัยที่อาศัยร่วมกับคุณ และ/หรือบุคคลใดก็ตามที่ยื่นคำขออนุญาตวีซ่ากลางเช่นเดียวกันกับแบบที่คุณยื่น ดูหน้า 1 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมว่ารวมบุคคลใดบ้าง หากคุณไม่ได้ยื่นขอวีซ่า คุณยังต้องเพิ่มสมาชิกในครอบครัวของคุณอยู่ดี

1. ชื่อต้น	ชื่อกลาง	นามสกุล	คำลงท้าย														
2. ความสัมพันธ์กับบุคคลที่ 1? ตัวท่านเอง	3. สมรสแล้วใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	4. เดือน วัน ปีเกิด(ว/ด/ป) 	5. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย														
6. เลขประกันสังคม(SSN)																	
★ หากท่านต้องการประกันสุขภาพ และมีรหัส SSN หรือสามารถดำเนินการให้ได้ว่าซึ่งรหัสดังกล่าว เราใช้เลข SSN เพื่อตรวจสอบรายได้และข้อมูลอื่นๆ เพื่อดูว่าใครจะสามารถช่วยจ่ายค่าประกันสุขภาพครอบครัวได้ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อขอเลข SSN ให้เข้าไปที่ SSA.gov หรือติดต่อหมายเลขของประกันสังคมที่ 1-800-772-1213 ผู้ใช้เครื่องโทรพิมพ์ TTY กรุณาติดต่อหมายเลข 1-800-325-0778																	
7. ท่านมีแผนที่จะยื่นขอคืนภาษีรายได้ในปีหน้าหรือไม่ ไม่ว่ากรณีใดท่านสามารถยื่นขอประกันสุขภาพถ้ายังไม่ได้ยื่นขอคืนภาษีรายได้ ☐ ถ้าคำตอบคือใช่ ตอบรายการข้อ a ถึง c ☐ ถ้าคำตอบคือไม่ใช่ ให้ข้ามไปตอบรายการข้อ c a. ท่านจะยื่นคู่กับคู่สมรสหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ โปรดกรอกชื่อคู่สมรส b. ท่านจะเรียกคืนภาษีเพื่อผู้อยู่ในความอุปการะหรือไม่ใช่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ โปรดกรอกชื่อผู้อยู่ในความอุปการะ c. ท่านอยู่ในรายชื่อผู้ได้รับความอุปการะในการขอคืนภาษีของบุคคลใดหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ใส่ชื่อคนยื่นภาษี ท่านเกี่ยวข้องกับผู้นั้นอย่างไร																	
8. ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ a. ถ้าใช่ คาดว่ามีทารกกี่คนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้																	
9. ท่านต้องการทำประกันสุขภาพหรือไม่ (ถึงแม้ว่าท่านมีประกันสุขภาพก็ตาม แต่อาจจะมีโครงการประกันที่ดีกว่าหรือราคาถูกกว่า) ☐ ถ้าใช่ ตอบทุกคำถามต่อไปนี้ ☐ ถ้าไม่ใช่ ข้ามไปตอบคำถามเรื่องรายได้ในหน้า 3 ไม่ต้องกรอกข้อมูลใด ๆ ในหน้านี้																	
10. คุณมีเงื่อนไขทางสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต หรืออารมณ์ที่จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมบางอย่าง (อาทิ อาบน้ำ แต่งตัว กิจวัตรประจำวัน เป็นต้น) มีความต้องการการดูแลสุขภาพเฉพาะทาง หรืออาศัยอยู่ในบ้านพักผู้ป่วยหรือบ้านที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่																	
11. ท่านได้รับสถานะพลเมืองอเมริกันหรือถือสัญชาติอเมริกันหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่																	
12. บุคคลที่ 2 ได้รับสถานะพลเมืองอเมริกันโดยคุณสมบัติที่เหมาะสมหรือได้รับสถานะพลเมืองอเมริกันโดยสมาชิกในครอบครัวหรือไม่? (ซึ่งส่วนมากแล้วนั่นหมายความว่าพวกเขาเหล่านั้นเกิดนอกประเทศสหรัฐอเมริกา) ☐ ถ้าใช่ ตอบ a และ b ☐ ถ้าไม่ใช่ ข้ามไปตอบข้อ 13 a. เลขต่างดาว b. หมายเลขสูติบัตร หลังจากตอบ a.และb.แล้วข้ามไปตอบข้อ 14																	
13. หากท่านไม่ใช่พลเมืองอเมริกัน หรือถือสัญชาติอเมริกัน ท่านเข้าเมืองอย่างถูกกฎหมายหรือไม่ ☐ ถ้าใช่ ระบุรูปแบบเอกสารและหมายเลขบัตรประชาชน ไปที่คำชี้แจง <table border="1"> <tr> <td>แบบเอกสารเข้าเมือง</td> <td>ประเภทสถานภาพ (ถ้ามี)</td> <td>ชื่อสกุลดังปรากฏตามเอกสารการเข้าเมือง</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>รหัสต่างดาว หรือ I-94</td> <td>หมายเลขบัตร/พาสปอร์ต</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>SEVIS ID หรือวันหมดอายุ (ถ้ามี)</td> <td>อื่นๆ (รหัสอื่นใดหรือประเทศที่ออกเลขที่)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> a. ท่านพำนักในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี 1996 หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ b. ท่าน คู่สมรส หรือผู้ปกครองเป็นทหารผ่านศึก หรือทหารประจำการของสหรัฐฯหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่				แบบเอกสารเข้าเมือง	ประเภทสถานภาพ (ถ้ามี)	ชื่อสกุลดังปรากฏตามเอกสารการเข้าเมือง				รหัสต่างดาว หรือ I-94	หมายเลขบัตร/พาสปอร์ต			SEVIS ID หรือวันหมดอายุ (ถ้ามี)	อื่นๆ (รหัสอื่นใดหรือประเทศที่ออกเลขที่)		
แบบเอกสารเข้าเมือง	ประเภทสถานภาพ (ถ้ามี)	ชื่อสกุลดังปรากฏตามเอกสารการเข้าเมือง															
รหัสต่างดาว หรือ I-94	หมายเลขบัตร/พาสปอร์ต																
SEVIS ID หรือวันหมดอายุ (ถ้ามี)	อื่นๆ (รหัสอื่นใดหรือประเทศที่ออกเลขที่)																
14. ท่านต้องการความช่วยเหลือด้านการศึกษาพยาบาลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่																	
15. ท่านอาศัยอยู่กับเด็กอายุต่ำกว่า 19 อย่างน้อย 1 คน ใช่หรือไม่ ท่านเป็นผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กคนนั้นใช่หรือไม่ (ให้ตอบว่าใช่ถ้าคุณหรือคู่สมรสเลี้ยงดูเด็กคนดังกล่าว) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ใส่รายชื่อและความสัมพันธ์ของเด็กที่อายุต่ำกว่า 19 ปีที่อาศัยอยู่กับคุณในบ้านของคุณ																	
16. ท่านเป็นนักศึกษาเต็มเวลาใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่																	
17. ท่านอยู่ในสถานะบุตรอุปถัมภ์ตอนอายุ 18 หรือมากกว่านั้น ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่																	

มีต่อในหน้าถัดไป



33. รายได้อื่นๆ ที่มีในเดือนนี้: โปรดกรอกทุกข้อที่เกี่ยวข้องพร้อมระบุจำนวนเงิน และความถี่บ่อยที่ได้รับ หากไม่มีให้กรอกตรงนี้ ☐

หมายเหตุ คุณไม่ต้องระบุรายได้ของบุคคลที่ 2 ได้จากค่าเลี้ยงดูบุตร ค่าตอบแทนทหารผ่านศึก หรือ รายได้จากอาชีพเสริมด้านความมั่นคง (SSI)

☐ วางงาน \$ บ่อยแค่ไหน?	☐ ค่าเลี้ยงดู (หมายเหตุ: สำหรับการหย่าที่มีผลก่อนวันที่ 1/1/2019) \$ บ่อยแค่ไหน?
☐ บำนาญ \$ บ่อยแค่ไหน?	☐ รายได้สุทธิจากการเกษตร/การประมง \$ บ่อยแค่ไหน?
☐ ประกันสังคม \$ บ่อยแค่ไหน?	☐ รายได้สุทธิจากค่าเช่า/ลิขสิทธิ์ \$ บ่อยแค่ไหน?
☐ บัญชีบำนาญ \$ บ่อยแค่ไหน?	☐ รายได้อื่น ๆ ประเภท: \$ บ่อยแค่ไหน?

34. ค่าลดหย่อน: กรอกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุจำนวนเงินและความถี่ ถ้าท่านชำระค่าสินค้าใดที่สามารถขอคืนภาษี เพื่อให้เราสามารถลดเบี้ยประกันสุขภาพลง
อย่ารวมค่าเลี้ยงดูบุตรที่คุณจ่าย ค่าใช้จ่ายนี้รวมอยู่ในคำตอบของคุณในช่องรายได้จากการประกอบอาชีพอิสระสุทธิ (คำถาม 32b)

☐ ค่าเลี้ยงดูที่ได้ชำระ (หมายเหตุ: สำหรับการหย่าที่มีผลก่อนวันที่ 1/1/2019) \$ บ่อยแค่ไหน?	☐ เงินหักอื่น ๆ ประเภท: \$ บ่อยแค่ไหน?
☐ ดอกเบี้ยเงินกู้เพื่อการศึกษา \$ บ่อยแค่ไหน?	

35. ตอบคำถามนี้หากรายได้ของคุณเปลี่ยนแปลงไปในระหว่างปี เช่น กรณีหากคุณทำงานเพียงแค่บางช่วงในปีหรือได้รับผลประโยชน์เฉพาะช่วงเดือนใดเดือนหนึ่ง หากรายได้
รายเดือนของคุณไม่เปลี่ยนแปลงให้ข้ามไปยังคนถัดไป

รายได้สุทธิทั้งปี \$	รายได้สุทธิปีหน้า (หากคุณคิดว่าจะมีค่าเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น) \$ ☐ กรอกส่วนนี้หากคุณคิดว่ารายได้ของคุณไม่แน่นอนและยากที่จะคาดการณ์ได้
--	--

ขอบคุณ! นี่คือทั้งหมดที่อยากทราบเกี่ยวกับคุณ



ตอนที่ 2: คนที่ 2

หมายเหตุ หากบุคคลนี้ไม่ต้องการประกันสุขภาพ ให้ตอบข้อ 1-10 บนหน้านี้เท่านั้น
ให้สำเนาหน้า 5-7 เพิ่มหากมีคนอื่นในบ้านมากกว่า 2 คน

โปรดกรอกหน้านี้แทนคู่ของคุณ หรือบุตรที่อาศัยร่วมกัน และหรือใครก็ตามที่ใช้รายการขอคืนภาษีฉบับเดียวกัน แต่หากท่านไม่มีรายการเรียกภาษีคืน อย่าลืมเพิ่มรายการของสมาชิกครอบครัวอาศัยด้วยกัน โปรดย้อนดูหน้า 1 เพื่อศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบุคคลที่ควรกรอกเพิ่มเติม

1. ชื่อต้น		ชื่อท้าย		ชื่อท้าย		คำลงท้าย	
2. ความสัมพันธ์กับบุคคลที่ 1? (ไปยังคำชี้แจง)		3. บุคคลที่ 2 สมรสแล้วหรือยัง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่		4. เดือน วัน ปีเกิด		5. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย	
6. หมายเลขประกันสังคม (SSN)		★ เราต้องการข้อมูลนี้ ในกรณีที่ท่านต้องการประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่ 2 และบุคคลที่สองมีรหัส SSN					
7. บุคคลที่ 2 นี้ อาศัยอยู่ด้วยเดียวกับ บุคคลที่ 1 หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่ โปรดระบุที่อยู่							
8. บุคคลที่ 2 มีแผนที่จะเรียกคืนภาษีรายได้จากรัฐในปีหน้าหรือไม่? (ท่านสามารถยื่นคำขอถ้าบุคคลที่ 2 ไม่ยื่นแบบขอคืนภาษีเงินได้จากรัฐ) ☐ ใช่ ถ้าใช่ กรุณาตอบรายการ a ถึง c ☐ ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่ ข้ามไปยังรายการ c							
a. บุคคลที่ 2 จะยื่นคำขอรวมกับคู่สมรสหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ โปรดระบุชื่อคู่สมรส							
b. บุคคลที่ 2 ระบุว่ามีความอุปการะในคำขอคืนภาษีหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ โปรดระบุชื่อ							
c. บุคคลที่ 2 ระบุว่าได้รับความอุปการะในคำขอคืนภาษีของบุคคลอื่นหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ใส่ชื่อคนยื่นภาษี: บุคคลที่ 2 มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างไร							
9. บุคคลที่ 2 กำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ a. ถ้าใช่ คาดว่ามีเด็กในครรภ์กี่คน							
10. บุคคลที่ 2 นี้จำเป็นต้องมีประกันสุขภาพหรือไม่? (หากมีประกันสุขภาพ อาจมีโครงการที่ได้รับการคุ้มครองสูงกว่าหรือมีเบี้ยประกันต่ำกว่า) ☐ ถ้าใช่ ให้ตอบทุกคำถามต่อไปนี้ ☐ ถ้าไม่ใช่ ให้ข้ามไปตอบคำถามเรื่องรายได้ในหน้า 5 ให้เว้นส่วนที่เหลือของหน้าว่างไว้							
11. บุคคลที่ 2 มีเงื่อนไขทางกายภาพ สุขภาพจิต หรือทางด้านอารมณ์ที่เป็นเหตุให้เกิดการจำกัดประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมบางอย่าง (อาทิ อาบน้ำ แต่งตัว กิจวัตรประจำวัน เป็นต้น) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่							
12. บุคคลที่ 2 ได้รับสถานะพลเมืองอเมริกันหรือถือสัญชาติอเมริกันหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่							
13. บุคคลที่ 2 ได้รับสถานะพลเมืองอเมริกันโดยคุณสมบัติที่เหมาะสมหรือได้รับสถานะพลเมืองอเมริกันโดยสมาชิกในครอบครัวใช่หรือไม่? (ซึ่งส่วนมากแล้วนั้นหมายความว่าพวกเขาเหล่านั้นเกิดนอกประเทศสหรัฐอเมริกา) ☐ ถ้าใช่ ตอบ a และ b ☐ ถ้าไม่ใช่ ข้ามไปตอบข้อ 14							
a. หมายเลขต่างด้าว				b. หมายเลขสูติบัตร			
เมื่อตอบ a กับ b แล้ว ให้ข้ามไปตอบข้อ 15							
14. หากบุคคลที่ 2 ไม่ใช่พลเมืองอเมริกัน หรือถือสัญชาติอเมริกัน ท่านเข้าเมืองอย่างถูกกฎหมายหรือไม่ ☐ ถ้าใช่ ระบุรูปแบบเอกสารและ หมายเลขบัตรประชาชน ไปยังคำชี้แจงแบบเอกสารเข้าเมือง							
ประเภทสถานภาพ (ถ้ามี)		ชื่อสกุลตั้งปรากฏตามเอกสารการเข้าเมือง					
รหัสดังตัว หรือ I-94		หมายเลขบัตร/พาสปอร์ต					
SEVIS ID หรือวันหมดอายุ (ถ้ามี)		อื่นๆ (รหัสอื่นใดหรือประเทศที่ออกเลขที่)					
a. บุคคลที่ 2 ท่านักในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี 1996 หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่							
b. บุคคลที่ 2 คู่สมรส หรือผู้ปกครองเป็นทหารผ่านศึก หรือทหารประจำการของสหรัฐฯหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่							
15. ท่านต้องการความช่วยเหลือคำปรึกษาพยาบาลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่							
16. บุคคลที่ 2 อาศัยอยู่คนเดียวต่ำกว่า 19 อย่างน้อย 1 คน ใช่หรือไม่ บุคคลที่ 2 เป็นผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กคนไหนหรือไม่ (ให้ตอบว่าใช่ถ้าคุณหรือคู่สมรสเลี้ยงดูเด็กคนดังกล่าว) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่							
17. โปรดระบุชื่อและความสัมพันธ์กับเด็กที่อายุต่ำกว่า 19 ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับบุคคลที่ 2 (กรอก "ใช่" หากบุคคลที่ 2 หรือคู่สมรสของเขาดูแลบุตร)							
บุคคลที่ 2 เป็นบุคคลที่อยู่ในปกครองของผู้อื่นเมื่ออายุ 18 หรือ มากกว่าใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่							
ตอบคำถามต่อไปนี้หาก บุคคล 2 อายุ 22 ปีหรือน้อยกว่า							
18. บุคคลที่ 2 ถือกรรมสิทธิ์ประกันชีวิตตลอดช่วงทำงานแต่ขาดผลบังคับในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่							
a. ถ้าใช่ ระบุวันขาดผลบังคับ				b. เหตุผลที่กรรมสิทธิ์ขาดผลบังคับ			
19. บุคคลที่ 2 เป็นนักศึกษาเต็มเวลาหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่							

มีต่อไปในหน้าถัดไป



35. หากบุคคลที่ 2 มีรายได้ใดๆ ที่มิในเดือนนี้: โปรดกรอกทุกข้อที่เกี่ยวข้องพร้อมระบุจำนวนเงิน และความถี่ที่ได้รับ หากไม่มีให้กรอกตรงนี้ ☐

หมายเหตุ คุณไม่ต้องระบุรายได้ที่บุคคลที่ 2 ได้จากค่าเลี้ยงดูบุตร ค่าตอบแทนทหารผ่านศึก หรือ รายได้จากอาชีพเสริมด้านความมั่นคง (SSI)

☐ วางงาน \$ บ่อยแค่ไหน?	☐ ค่าเลี้ยงดู (หมายเหตุ: สำหรับการหย่าที่มีผลก่อนวันที่ 1/1/2019) \$ บ่อยแค่ไหน?
☐ บำนาญ \$ บ่อยแค่ไหน?	☐ รายได้สุทธิจากการเกษตร/การประมง \$ บ่อยแค่ไหน?
☐ ประกันสังคม \$ บ่อยแค่ไหน?	☐ รายได้สุทธิจากค่าเช่า/ลิขสิทธิ์ \$ บ่อยแค่ไหน?
☐ บัญชีบำนาญ \$ บ่อยแค่ไหน?	☐ รายได้อื่น ๆ ประเภท: \$ บ่อยแค่ไหน?

36. คำลดหย่อน: กรอกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง โปรดระบุจำนวนเงินและความถี่ ถ้าบุคคลที่ 2 ชำระค่าสินค้าได้ที่สามารถขอคืนภาษี เพื่อให้เราสามารถลดเบี้ยประกันสุขภาพลง
อย่ารวมค่าเลี้ยงดูบุตรที่คนที่ 2 จ่าย ค่าใช้จ่ายนี้รวมอยู่ในคำตอบของคุณในช่องรายได้จากการประกอบอาชีพอิสระสุทธิ (คำถาม 34b)

☐ ค่าเลี้ยงดูที่ได้ชำระ (หมายเหตุ: สำหรับการหย่าที่มีผลก่อนวันที่ 1/1/2019) \$ บ่อยแค่ไหน?	☐ เงินหักอื่น ๆ ประเภท: \$ บ่อยแค่ไหน?
☐ ดอกเบี้ยเงินกู้เพื่อการศึกษา \$ บ่อยแค่ไหน?	

37. เติมนเฉพาะหากรายได้ของบุคคลที่ 2 เปลี่ยนแปลงในระหว่างปี เช่น หากบุคคลที่ 2 ทำงานเพียงแค่วันช่วงในปีหรือได้รับผลประโยชน์เฉพาะช่วงเดือนใดเดือนหนึ่ง หากรายได้รายเดือนของ
บุคคลที่ 2 ไม่เปลี่ยนแปลง ให้ข้ามไปยังคนถัดไป

รายได้สุทธิปีของบุคคลที่ 2 \$	รายได้สุทธิปีหน้าของบุคคลที่ 2 \$ ☐ กรอกส่วนนี้หากคุณคิดว่ารายได้ของคุณไม่แน่นอนและยากที่จะคาดการณ์ได้
---	--

ขอบคุณ! นี่คือการหมดที่ต่อการทราบเกี่ยวกับบุคคลที่ 2



ตอนที่ 3: สมาชิกครอบครัวยุโรปอเมริกันหรือชนพื้นเมืองอลาสกา (AI/AN)

1. คุณเป็นบุคคลหรือบุคคลในครอบครัวยุโรปอเมริกันหรือชนพื้นเมืองอเมริกันหรือชนพื้นเมืองอลาสกาหรือไม่
☐ ถ้าไม่ ให้ต่อขั้นตอนที่ 4 ☐ ถ้าใช่ ให้ต่อตอนที่ 4 และภาคผนวก B พร้อมแบบคำขอ

ตอนที่ 4: ความครอบคลุมด้านสุขภาพของครัวเรือนของคุณ

1. มีใครก็ตามในใบสมัครนี้ที่ไม่มีคุณสมบัติที่จะได้รับประกันสุขภาพจากเมดิแคท หรือ ประกันสุขภาพสำหรับเด็ก (CHIP) ภายใน 90 วันหรือไม่?
 (เลือก ใช่ เฉพาะในกรณีที่ไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติที่จะได้รับการคุ้มครองโดยรัฐบาล แต่ไม่ใช่จากตลาดประกันสุขภาพ) ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 ใคร? วันที่:
 หรือ หากพบว่าไม่มีใครในใบสมัครนี้ไม่มีสิทธิ์ได้รับ Medicaid หรือ CHIP เนื่องจากสถานะการเข้าเมืองในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 ใคร?
 มีบุคคลใดในใบสมัครนี้สมัครเพื่อความปลอดภัยระหว่างที่มีการเปิดทะเบียนของ Marketplace หรือหลังจากที่มีคุณสมบัติหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 ใคร?
2. ทุกปีที่ท่านได้รับสิทธิขอรับคืนภาษี ท่านได้ใช้สิทธิในการขอคืนภาษีดังกล่าวหรือไม่? (เลือกใช่ ถ้าหากความคุ้มครองนั้นมาจากงานของบุคคลใดบุคคลหนึ่งอีกด้วย เช่น พ่อแม่หรือคู่สมรส แม้ว่าพวกเขาจะไม่ยอมรับความคุ้มครอง) ทำเครื่องหมายที่ ไม่ หากการคุ้มครองที่เสนอมีเพียง COBRA เท่านั้น
☐ ใช่ ดำเนินการต่อและกรอกภาคผนวก A ให้เรียบร้อย ☐ ไม่ใช่
 หากใช่ สิ่งนี้เป็นแผนการให้ประโยชน์พนักงานของรัฐหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 มีใครที่อยู่ในรายชื่อในใบสมัครได้รับการเสนอการคุ้มครองส่วนบุคคลเพื่อการชดเชยค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (HRA) หรือเป็นผู้ว่าจ้างองค์กรขนาดเล็กที่มีคุณสมบัติเหมาะสมของ HRA (QSEHRA) หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. มีผู้ใดได้รับการลงทะเบียนในความคุ้มครองสุขภาพหรือไม่?
☐ ใช่ ถ้าใช่ ดำเนินการต่อไปที่คำถามที่ 4. ☐ ไม่ ถ้าไม่ ข้ามไปที่ตอนที่ 5.
4. ข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มครองด้านสุขภาพที่มีอยู่ (โปรดสำเนาหน้าหากมีมากกว่า 2 คนที่มีประกันสุขภาพ)
 เขียนประเภทของความคุ้มครอง เช่น ประกันแรงงาน โครงการประกันของนายจ้าง COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, โครงการประกันสุขภาพ VA, Peace Corps, หรืออื่น ๆ
 (ไม่ต้องระบุข้อมูล TRICARE หากท่านมี Direct Care หรือ Line of Duty.)

บุคคลที่ 1:	ชื่อของผู้ที่ได้รับการลงทะเบียนในความคุ้มครองประกันสุขภาพ	
	ประเภทความคุ้มครอง ☐ ประกันนายจ้าง ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ โครงการประกันสุขภาพ VA ☐ Peace Corps ☐ อื่นๆ	
	ถ้าคุณมีประกันของนายจ้าง (คุณยังต้องกรอกภาคผนวก A)	
	ชื่อของบริษัทประกันสุขภาพ	กรมธรรม์/หมายเลขประจำตัว
บุคคลที่ 2:	ถ้าเป็นความคุ้มครองชนิดอื่น ☐ กรอกลงไปถ้าเป็นการคุ้มครองจากตลาดประกันสุขภาพ	
	ชื่อของบริษัทประกันสุขภาพ	
	กรมธรรม์/หมายเลขประจำตัว	
	นี่เป็นแผนรับผลประโยชน์ที่จำกัดหรือไม่? เช่น กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุของโรงเรียน..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

บุคคลที่ 2:	ชื่อของผู้ที่ได้รับการลงทะเบียนในความคุ้มครองประกันสุขภาพ	
	ประเภทความคุ้มครอง ☐ ประกันนายจ้าง ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ โครงการประกันสุขภาพ VA ☐ Peace Corps ☐ อื่นๆ	
	ถ้าคุณมีประกันของนายจ้าง (คุณยังต้องกรอกภาคผนวก A)	
	ชื่อของบริษัทประกันสุขภาพ	กรมธรรม์/หมายเลขประจำตัว
บุคคลที่ 3:	ถ้าเป็นความคุ้มครองชนิดอื่น ☐ กรอกลงไปถ้าเป็นการคุ้มครองจากตลาดประกันสุขภาพ	
	ชื่อของบริษัทประกันสุขภาพ	
	กรมธรรม์/หมายเลขประจำตัว	
	นี่เป็นแผนรับผลประโยชน์ที่จำกัดหรือไม่? เช่น กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุของโรงเรียน..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

คุณต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการลงทะเบียนเพื่อออกเสียงหรือไม่ (ตอบหรือไม่ตอบก็ได้)
☐ ใช่ ☐ ไม่ ☐ ไม่ต้องการตอบ
 คุณสามารถได้รับข้อมูล เวลาหมดเขตการลงทะเบียน และดูข้อมูลเพิ่มเติมของรัฐคุณที่ [Vote.gov](https://www.vote.gov)



ตอนที่ 5: สัญญาของคุณและลายมือชื่อ

1. คุณอนุญาตให้ฝ่ายการตลาดประกันภัยใช้ข้อมูลรายได้ รวมไปถึง ข้อมูลจากการคืนภาษีภายใน 5 ปีข้างหน้า..... ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

เพื่อให้ง่ายขึ้นในการระบุสิทธิ์ของคุณในการช่วยจ่ายค่าครอบคลุมสิทธิ์ในเน็ตต่อไป คุณสามารถยินยอมให้ Marketplace อัปเดตข้อมูลรายได้ รวมทั้งข้อมูลจากการขอคืนภาษี Marketplace จะส่งการแจ้งเตือนและแจ้งให้คุณทราบหากมีการเปลี่ยนแปลง Marketplace จะทำการตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าคุณยังคงมีสิทธิ์เหมาะสม และอาจขอให้คุณทำการยืนยันว่ารายได้ของคุณยังอยู่ในเกณฑ์ คุณสามารถทำการยกเลิกได้ตลอดเวลา

ถ้าไม่ อัปเดตข้อมูลของคุณสำหรับถัดไปโดยอัตโนมัติ: ☐ 5 ปี ☐ 4 ปี ☐ 3 ปี ☐ 2 ปี ☐ 1 ปี

☐ อย่าใช้ข้อมูลภาษีของคุณเพื่อต่อสิทธิ์ช่วยจ่ายสำหรับประกันสุขภาพ (ตัวเลือกนี้อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรับความช่วยเหลือในการจ่ายสำหรับความคุ้มครองที่ต่ออายุ)

2. ผู้ที่ยื่นสมัครประกันสุขภาพนี้ถูกจองจำ (ถูกคุมขังหรือจำคุก) อยู่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ ระบุชื่อ ชื่อของผู้ที่ถูกจองจำคือ

☐ กรอกข้อมูลตรงนี้ หากบุคคลผู้ยื่นมีแนวโน้มที่จะถูกจับกุม

หากบุคคลใดในการสมัครของคุณได้ลงทะเบียนในการครอบคลุมสิทธิ์ของ Marketplace และพบหลังจากนั้นว่าคุณมีการครอบคลุมสุขภาพอย่างอื่นที่คุณสมบัติ (อย่างเช่น Medicare, Medicaid, หรือ CHIP) Marketplace จะหยุดแผนของ Marketplace โดยอัตโนมัติ นี่เป็นการช่วยให้แน่ใจว่าไม่ว่าคุณได้ลงทะเบียนในการครอบคลุมสุขภาพที่คุณสมบัติไม่อยู่ในการลงทะเบียนของแผนครอบคลุมสิทธิ์ของ Marketplace และต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจำนวน

☐ ฉันตกลงให้ Marketplace หยุดการคุ้มครองสิทธิ์ของคุณในการสมัครหากเกิดกรณีดังกล่าวขึ้น

☐ ฉันไม่อนุญาตให้ Marketplace หยุดการคุ้มครองสิทธิ์หากเกิดกรณีดังกล่าวขึ้น ฉันเข้าใจว่าฉันอาจส่งผลกระทบต่อสิทธิในการได้รับความช่วยเหลือทางการเงินและต้องจ่ายเพิ่มเติมจำนวนสำหรับแผนสุขภาพ Marketplace

ถ้าบุคคลใดในสมัครนี้มีสิทธิ์ใน Medicaid

- ฉันกำลังให้ ตัวแทน Medicaid ใช้สิทธิ์ในการติดตามเงินจากประกันสุขภาพอื่น การชำระหนี้ตามกฎหมาย หรือบุคคลที่สาม ฉันก็กำลังให้ตัวแทน Medicaid ใช้สิทธิ์ในการติดตามเอกสารสนับสนุนด้านการแพทย์จากคู่สมรสหรือพ่อแม่
- มีเด็กคนใดในสมัครนี้มีผู้ปกครองอยู่ในบ้านหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- ถ้าใช่ ฉันจะรับผิดชอบความร่วมมือจากตัวแทนที่รวบรวมการสนับสนุนทางการแพทย์ จาก absent parent ถ้าฉันคิดว่าทำให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมความช่วยเหลือทางการเงินทางการแพทย์จะเป็นอันตรายต่อฉันหรือลูก ๆ ของฉัน ฉันสามารถแจ้ง Medicaid และฉันอาจจะไม่ได้ให้ความร่วมมือ
- ฉันลงชื่อเข้าใช้โปรแกรมภายใต้บทลงโทษของการเบี่ยงเบน ซึ่งหมายความว่าฉันได้ให้คำตอบที่แท้จริงให้กับทุกคำถามในแบบฟอร์มนี้ที่ดีที่สุดของความรู้ของฉัน ฉันรู้ว่าฉันอาจจะต้องได้รับโทษตามกฎหมายของรัฐบาลกลางถ้าผมจงใจให้ข้อมูลเท็จหรือจริง
- ฉันรู้ว่าฉันต้องแจ้งฝ่ายการตลาดประกันสุขภาพภายใน 30 วันถ้ามีอะไรเปลี่ยนแปลง (และมีความแตกต่างกว่า) สิ่งนี้ฉันเขียนในใบสมัครนี้ ฉันสามารถเยี่ยมชม [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) หรือโทร 1-800-318-2596 เพื่อรายงานการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ฉันเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของฉันอาจมีผลกระทบต่อสิทธิของฉันเช่นเดียวกับคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับสมาชิกในครอบครัวของฉัน
- นรู้ว่าการได้กฎหมายของรัฐบาลกลาง การเลือกปฏิบัติไม่ได้รับอนุญาตบนพื้นฐานของเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด เพศ อายุ รสนิยมทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศหรือความพิการ ฉันสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนของการเลือกปฏิบัติโดยไป [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint).
- ฉันรู้ว่าข้อมูลในแบบฟอร์มนี้จะถูกใช้เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับความคุ้มครองสุขภาพช่วยจ่ายสำหรับตามความคุ้มครอง (ถ้ามีการร้องขอ) และเพื่อวัตถุประสงค์ที่ขอบด้วยกฎหมายของฝ่ายการตลาดและโปรแกรมที่ช่วยการจ่ายเงินสำหรับการรายงานข่าว

เราต้องใช้ข้อมูลนี้ในการตรวจสอบสิทธิ์ของคุณสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับการคุ้มครองสุขภาพถ้าคุณเลือกที่จะใช้เราจะตรวจสอบคำตอบของคุณโดยใช้ข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของเราและฐานข้อมูลจากการให้บริการสรรพากร (IRS), ประกันสังคม, กรมความมั่นคงแห่งมาตุภูมิและ / หรือหน่วยงานการรายงานของผู้บริโภค หากข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกัน เราอาจขอให้คุณส่งคำยืนยันให้เรา

ฉันควรทำอย่างไรหากฉันคิดว่าการแจ้งเตือนสิทธิ์ของฉันผิด?

- คุณจะได้รับหนังสือแจ้งสิทธิ์ทางจดหมายเมื่อเราพิจารณาใบสมัครของคุณแล้ว ถ้าคุณไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่คุณมีสิทธิ์ได้รับ ในหลายกรณี คุณสามารถขออุทธรณ์ได้ ตรวจสอบใบแจ้งสิทธิ์ของคุณเพื่อรับทราบคำชี้แจงเรื่องการอุทธรณ์ของแต่ละคนในครัวเรือนของคุณ ที่ได้สมัครขอรับการคุ้มครอง รวมถึงจำนวนวันที่คุณต้องขออุทธรณ์ นี่เป็นข้อมูลที่สำคัญที่จะต้องพิจารณาเมื่อขออุทธรณ์:
- คุณสามารถมีคำขอหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการในการอุทธรณ์ของคุณถ้าคุณต้องการ บุคคลนั้นสามารถเป็นเพื่อนญาติทางกฎหมายหรือบุคคลอื่น ๆ หรือคุณสามารถร้องขอและมีส่วนร่วมในการอุทธรณ์ของคุณเองได้
 - หากคุณได้ร้องขออุทธรณ์คุณอาจจะสามารถที่จะรักษาสิทธิ์ของคุณสำหรับความคุ้มครองในขณะที่การอุทธรณ์ของคุณอยู่ระหว่างการพิจารณา
 - ผลของการอุทธรณ์สามารถมีผลเปลี่ยนสิทธิ์ของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวของคุณ

ยื่นอุทธรณ์ต่อฝ่ายการตลาดในผลของการมีสิทธิ์ เยี่ยมชม [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals/) หรือสอบถามฝ่ายการตลาด Call Center 1-800-318-2596 ผู้ใช้ TTY ควรโทร 1-855-889-4325 นอกจากนี้คุณยังสามารถส่งแบบฟอร์มคำขออุทธรณ์หรือหนังสือขออุทธรณ์ไปยังฝ่ายการตลาดประกันสุขภาพ Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 คุณสามารถอุทธรณ์การมีสิทธิ์สำหรับการคุ้มครองสุขภาพผ่านฝ่ายการตลาด ระยะเวลาการลงทะเบียนในการเครดิตภาษีลดค่าใช้จ่ายร่วมกันMedicaidและ CHIP ถ้าคุณถูกปฏิเสธจากสิ่งเหล่านี้ หากคุณมีสิทธิ์ได้รับเครดิตภาษีหรือลดค่าใช้จ่ายร่วมกันคุณสามารถอุทธรณ์จำนวนเงินที่เรากำหนดว่าคุณมีสิทธิ์ได้ ขึ้นอยู่กับสถานะของคุณ คุณอาจจะสามารถที่จะอุทธรณ์ผ่านฝ่ายการตลาดหรือคุณอาจจะต้องร้องขออุทธรณ์กับ Medicaid ของรัฐ หรือ หน่วยงานCHIP

บุคคลที่ 1 ควรลงชื่อในใบสมัครนี้ หากคุณเป็นตัวแทนที่ได้รับอนุญาต คุณอาจลงชื่อที่นั้นจนกว่าบุคคลที่ 1 ลงชื่อในภาคผนวก C

ลงมือชื่อ	ลงชื่อวันที่ (เดือน/วัน/ปี)

หากคุณกำลังลงชื่อในใบสมัครนี้นอกการเปิดการลงทะเบียน (ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน และ 15 มกราคม) ให้แน่ใจว่าคุณตรวจสอบภาคผนวก D (“คำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกับชีวิต”)



ตอนที่ 6: ส่งใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้ว



ส่งใบสมัครที่ลงชื่อแล้วมาที่ :

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

การขอความช่วยเหลือด้านภาษาอื่นนอกจากภาษาอังกฤษ

หากคุณหรือใครก็ตามที่คุณช่วยเหลือ มีคำถามเกี่ยวกับตลาดประกันสุขภาพ คุณมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลนั้นในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการพูดกับล่าม โทรเข้าที่หมายเลข **1-800-318-2596**

นี่คือรายการของภาษาที่เราให้บริการและมีข้อความเดียวกันกับข้างต้น:

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 entèprete 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.

กฎหมายว่าด้วยการเปิดเผยข้อมูล (PRA): ตามกฎหมาย Paperwork Reduction Act of 1995 ไม่ต้องตอบการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกว่าจะตัวเลขการควบคุม OMB ที่ถูกต้อง ตัวเลขการควบคุม OMB ที่ถูกต้องสำหรับการเก็บข้อมูลนี้คือ 0938-1191 เวลาที่ใช้ในการกรอกการเก็บข้อมูลนี้ใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อคน รวมถึงเวลาในการทบทวนคำแนะนำ ค้นหาข้อมูลที่มีอยู่ รวบรวมข้อมูลที่เป็นและทำให้เรียบร้อยและทบทวนการรวบรวมข้อมูลดังกล่าว ถ้าคุณมีหากคุณมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความถูกต้องของการประมาณการเวลา หรือข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงแบบฟอร์มนี้ โปรดเขียนถึง CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

การขอความช่วยเหลือด้านภาษาอื่นนอกจากภาษาอังกฤษ (มีต่อ)

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, કૌલ 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。

กฎหมายว่าด้วยการเปิดเผยข้อมูล (PRA): ตามกฎหมาย Paperwork Reduction Act of 1995 ไม่ต้องตอบการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกว่าจะตัวเลขการควบคุม OMB ที่ถูกต้อง ตัวเลขการควบคุม OMB ที่ถูกต้องสำหรับการเก็บข้อมูลนี้คือ 0938-1191 เวลาที่ใช้ในการกรอกการเก็บข้อมูลนี้ใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อคน รวมถึงเวลาในการทบทวนคำแนะนำ ค้นหาข้อมูลที่มีอยู่ รวบรวมข้อมูลที่จำเป็นและทำให้เรียบร้อยและทบทวนการรวบรวมข้อมูลดังกล่าว หากคุณมีหากคุณมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความถูกต้องของการประมาณการเวลา หรือข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงแบบฟอร์มนี้ โปรดเขียนถึง CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850



ภาคผนวก A: คู่มือตรวจสอบสุขภาพจากงาน

คุณไม่จำเป็นต้องตอบคำถามเหล่านี้ยกเว้นคุณในครัวเรือนมีสิทธิได้รับความคุ้มครองสุขภาพจากการทำงานถึงแม้ว่าพวกเขาไม่ยอมรับความคุ้มครอง คุณไม่ต้องตอบคำถามเหล่านี้หากการคุ้มครองที่เสนอมีเพียง COBRA เท่านั้น แผนสำเนาเหล่านี้สำหรับแต่ละงานที่ให้ความคุ้มครอง

แจ้งพวกเราเกี่ยวกับงานที่ให้ความคุ้มครอง

ทำสำเนาของหน้านี้และนำไปให้นายจ้างที่ให้ความคุ้มครองเพื่อช่วยให้คุณตอบคำถามเหล่านี้

ข้อมูลพนักงาน

1. ชื่อพนักงาน (ชื่อต้นชื่อกลางนามสกุล)	2. หมายเลขประกันสังคมลูกจ้าง (SSN)

ข้อมูลพนักงาน

3. นายจ้าง/ชื่อบริษัท	
4. หมายเลขประจำตัวนายจ้าง (EIN)	5. หมายเลขโทรศัพท์นายจ้าง

ณ ตอนนี้, ให้คุณกรอกข้อมูลของคุณหรือหน่วยงานที่จัดการเกี่ยวกับผลประโยชน์ต่างๆของลูกจ้าง เราอาจจะติดต่อคุณผู้นี้หากเราต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

6. บุคคลหรือหน่วยงานที่เราสามารถติดต่อได้เกี่ยวกับประกันคุ้มครองสุขภาพของพนักงาน		
7. ที่อยู่ของนายจ้าง (ตลาดประกันสุขภาพอาจส่งหมายแจ้งเตือนไปยังที่อยู่นี้)		
8. เมือง	9. รัฐ	10. รหัสไปรษณีย์
11. หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้าแตกต่างจากข้างต้น)	12. อีเมล	

13. พนักงานได้รับการนำเสนอการคุ้มครองทางสุขภาพโดยนายจ้างหรือไม่ เลือกเพียง “ใช่” หากพวกเขาได้รับการนำเสนอการคุ้มครองทางสุขภาพในต้นเดือนหน้า หรือในวันที่ 1 มกราคม หากสมัครในระหว่างเวลาที่เปิดให้ลงทะเบียน (วันที่ 1 พฤศจิกายน – วันที่ 15 มกราคม)

☐ ใช่ (ต่อ) ☐ ไม่ (นายจ้าง: หยุด และ ส่งแบบฟอร์มนี้กลับมายังพนักงาน
นายจ้าง: ส่งใบสมัครของคุณกลับมาที่ตลาดประกันสุขภาพ)

นายจ้างรายนี้เสนอประกันสุขภาพที่คุ้มครองคู่สมรสหรือผู้ที่ถูกที่อยู่ในการอุปถัมภ์หรือไม่?

☐ ใช่ ถ้าใช่, คนไหน? ☐ คู่สมรส ☐ ผู้ที่อยู่ในการอุปถัมภ์ ☐ ไม่ (กลับไปยังคำถามข้อที่ 14)

ทำรายการรายชื่อบุคคลอื่นได้อีกก็ตามในครอบครัวของพนักงานซึ่งมีคุณสมบัติที่จะได้รับการคุ้มครองจากงานนี้

ชื่อ

ชื่อ

ชื่อ

มีต่อในหน้าถัดไป



ให้บอกเราเกี่ยวกับประกันคุ้มครองสุขภาพที่ได้จากนายจ้างรายนี้

14. นายจ้างนำเสนอแผนสุขภาพที่เป็นไปตามมาตรฐานขั้นต่ำสุด *?

☐ใช่ (ไปที่คำถามที่ 15) ☐ไม่ (หยุด และ ค้นหาฟอร์มนี้ให้แก่มูลนิธิ)

15. พนักงานจะต้องจ่าย เท่าไหร่สำหรับการวางแผนค่าใช้จ่ายต่ำสุดที่นำเสนอให้กับพนักงานเท่านั้นที่ตรงตามมาตรฐานขั้นต่ำสุด *? ไม่รวมถึงแผนครอบครัว

a. พนักงานควรจ่ายเบี้ยประกันรายนี้: ดอลลาร์ \$

หมายเหตุ: ใส่จำนวนต่ำสุดที่พนักงานควรจ่ายสำหรับความคุ้มครองสุขภาพ

b. พนักงานควรจ่ายเงินจำนวนนี้ ☐รายสัปดาห์ ☐ทุก 2 สัปดาห์ ☐เดือนละ 2 ครั้ง ☐เดือนละครั้ง ☐รายไตรมาส ☐รายปี

16. หากสมาชิกในครัวเรือนรายอื่นมีรายชื่อในข้อ 13: พนักงานจะต้องชำระเงินจำนวนเท่าใดสำหรับแผนที่มีค่าใช้จ่ายต่ำสุดที่คุ้มครองพนักงานและสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายชื่อในข้อ 13 หากพนักงานเสนอโปรแกรมเพื่อสุขภาพที่ดี ให้กรอกเบี้ยประกันที่พนักงานจะชำระหากพนักงานได้รับส่วนลดสูงสุดสำหรับโปรแกรมหยุดสูบบุหรี่และไม่ได้รับส่วนลดอื่น ๆ ตามโปรแกรมเพื่อสุขภาพที่ดี

a. พนักงานควรจ่ายเบี้ยประกันรายนี้: ดอลลาร์ \$

b. พนักงานควรจ่ายเงินจำนวนนี้ ☐รายสัปดาห์ ☐ทุก 2 สัปดาห์ ☐เดือนละ 2 ครั้ง ☐เดือนละครั้ง ☐รายไตรมาส ☐รายปี

* แผนสุขภาพมีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานขั้นต่ำสุดถ้าจ่ายอย่างน้อย 60% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการบริการทางการแพทย์สำหรับจำนวนประชากรมาตรฐานและเสนอค่า





ภาคผนวก C: ความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัครนี้

สำหรับผู้ให้คำปรึกษาในการสมัครที่ผ่านการรับรองแล้ว คนนำทาง ผู้แทน และโบรกเกอร์เท่านั้น

กรอกส่วนนี้ถ้าคุณเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการสมัครที่ผ่านการรับรองแล้ว คนนำทาง ผู้แทน และโบรกเกอร์ กรอกใบสมัครนี้สำหรับบางคนด้วย

1. ใบสมัครเริ่มต้นวันที่ (เดือน/วัน/ปี)	
2. ชื่อต้น ชื่อกลาง นามสกุลและส่วนท้าย	
3. ชื่อองค์กร	
4. หมายเลขประจำตัว (ถ้ามี)	5. เฉพาะตัวแทน/โบรกเกอร์ : หมายเลขNPN

คุณสามารถเลือกผู้รับมอบอำนาจ

คุณสามารถให้สิทธิบุคคลที่เชื่อถือได้ที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการสมัครนี้กับเราดูข้อมูลของคุณและทำหน้าที่ให้คุณในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสมัครนี้รวมทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับใบสมัครและลงนามในใบสมัครของคุณในนามของคุณ บุคคลนั้นจะเรียกว่าเป็น “ผู้รับมอบอำนาจ” หากคุณจำเป็นต้องเปลี่ยนหรือลบผู้รับมอบอำนาจของคุณติดต่อฝ่ายการตลาดหากคุณเป็นผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายสำหรับคนที่เกี่ยวกับการสมัครนี้ส่งหลักฐานพร้อมกับใบสมัคร

1. ชื่อของผู้รับมอบอำนาจ (ชื่อแรก ชื่อกลาง นามสกุล)		
2. ที่อยู่	3. ที่อยู่ที่พัก 2	
4. เมือง	5. รัฐ	6. รหัสไปรษณีย์
7. หมายเลขโทรศัพท์		
8. ชื่อองค์กร		
9. หมายเลขประจำตัว(ถ้ามี)		

โดยการลงนามคุณอนุญาตให้บุคคลนี้ลงนามในใบสมัครของคุณได้รับข้อมูลอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับการสมัครนี้และทำหน้าที่สำหรับคุณในเรื่องอนาคตทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับใบสมัครนี้

10. ลายมือชื่อของบุคคลที่ 1 บันทึกลงในใบสมัครนี้	11. วันที่ลงชื่อ(เดือน/วัน/ปี)





ภาคผนวก D: คำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

(คุณต้องกรอกส่วนที่เหลือของใบสมัครนี้ตลอดหน้านี้ อย่าส่งหน้านี้ด้วยตัวมันเอง)

หากบุคคลในใบสมัครนี้เคยได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต - อาทิ การเสียชีวิตที่กระทบสุขภาพ แต่งงาน หรือมีบุตร - ในเวลา 60 วัน (หรือคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในเวลา 60 วัน) กรอกข้อมูลในหน้านี้และแนบพร้อมไปกับใบสมัครที่กรอกข้อมูลโดยครบถ้วนและลงนาม การเปลี่ยนแปลงในชีวิตบางอย่างสามารถทำให้สิทธิในการได้รับความคุ้มครองผ่าน Marketplace เริ่มต้นได้ทันที เราแนะนำให้คำตอบคำถามหากคุณสมัครนอกเหนือไปจากระยะการลงทะเบียนประจำปี (วันที่ 1 พฤศจิกายน - วันที่ 15 มกราคม)

คำถามเหล่านี้เป็นตัวเลือก ถ้าหากสถานการณ์ชีวิตของคุณยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงคุณสามารถปล่อยให้คำตอบว่างเปล่าได้ คุณสามารถลงทะเบียนในโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลและประกันสุขภาพเด็ก (CHIP) ในช่วงเวลาใดๆของปีก็ได้ แม้ว่าคุณจะไม่ได้พบกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต สมาชิกของชนเผ่าที่ได้รับการยอมรับจากรัฐบาลกลางและผู้ถือหุ้นอแลสกาพื้นเมืองสามารถลงทะเบียนในความคุ้มครองผ่านฝ่ายการตลาดช่วงเวลาใดๆของปี

แจ้งเราเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในครัวเรือนของคุณ

1. มีใครสูญเสียความคุ้มครองสุขภาพที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมในช่วง 60 วันที่ผ่านมาหรือคาดว่าจะสูญเสียความคุ้มครองสุขภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะสมใน 60 วันข้างหน้าต่อไปหรือไม่

ชื่อ	วันที่ความคุ้มครองสิ้นสุดหรือจะสิ้นสุด (เดือน/วัน/ปี)

2. มีใครแต่งงานใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

ชื่อ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)

a. ใครคนใดในคนเหล่านี้มีประกันสุขภาพที่เหมาะสมใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ กรุณาป้อนชื่อตรงนี้:

--

3. มีใครที่ถูกปล่อยจากการจองจำ (คุมขังหรือจำคุก) ใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่

ชื่อ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)

4. มีใครได้รับสิทธิการอพยพใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

ชื่อ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)

5. มีผู้ได้รับบุตรบุญธรรม หรือ ได้รับการอุปการะ ใน 60 วันที่ผ่านมาใช่หรือไม่

ชื่อ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)

6. มีผู้ใดกลายเป็นขาดอิสระเนื่องจากการเลี้ยงดูบุตรหรือคำสั่งศาลอื่น ๆ ในช่วง 60 วันที่ผ่านมาใช่หรือไม่?

ชื่อ	วันที่ (เดือน/วัน/ปี)

7. มีใครได้ย้ายเข้าภายใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่?

ชื่อ	วันที่ย้าย (เดือน/วัน/ปี)

a. รหัสไปรษณีย์ของที่อยู่เดิมก่อนหน้านั้นของคุณคืออะไร? ☐ กรอกในช่องนี้หากคุณย้ายมาจากประเทศอื่นที่ไม่ใช่สหรัฐอเมริกา

--

b. ใครคนใดในคนเหล่านี้มีประกันสุขภาพที่เหมาะสมใน 60 วันที่ผ่านมาหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ ใส่อีเมลข้างล่าง:

ชื่อ