



Demande de protection en matière de santé et de l'aide à payer les coûts nécessaires

➡ Appliquer plus rapidement en ligne sur le site [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)



Utilisez cette demande pour savoir à quelle couverture vous avez droit

- Plans de marché qui offrent une couverture complète pour vous aider à rester en bonne santé.
- Un crédit d'impôt qui peut immédiatement aider à réduire vos primes d'assurance-maladie.
- Couverture gratuite ou à faible coût par Medicaid ou par le programme d'assurance maladie pour enfants (CHIP). **Certains niveaux de revenu peuvent être admissibles à des programmes gratuits ou à faible coût.**



Qui peut utiliser cette demande ?

- Utilisez cette application pour postuler pour n'importe qui dans votre ménage.
- Appliquez même si vous, votre conjoint ou votre enfant avez déjà une couverture santé. Vous pourriez être admissible à une couverture gratuite ou à moindre coût.**
- Si vous êtes célibataire, vous pourriez être en mesure d'utiliser une forme courte. Consultez [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Ils comprenant des immigrants éligibles peuvent faire une demande. Vous pouvez demander pour votre enfant même si vous n'êtes pas admissible à la protection. L'application n'affectera pas votre statut d'immigration ou de chances de devenir un résident permanent ou un citoyen.
- Si quelqu'un vous aide à remplir cette demande, vous devez remplir l'annexe C.



Ce que vous pouvez avoir besoin pour appliquer.

- Numéros de sécurité sociale (SSN) (ou numéros de document pour tous les immigrants éligibles qui ont besoin d'une couverture).
- Informations sur l'employeur et le revenu pour tous les membres de votre ménage (par exemple, à partir de talons de chèque de paye, de formulaires W-2 ou de relevés de salaire et d'impôt).
- Numéros de police pour toute assurance maladie actuelle.
- Informations sur toute assurance santé liée au travail disponible dans votre ménage.



Pourquoi demandons-nous cette information ?

Nous posons des questions sur le revenu et d'autres informations pour vous permettre de savoir quelle couverture vous êtes admissible et si vous pouvez obtenir de l'aide à payer pour cela. **Nous allons garder toutes les informations que vous fournissez, privé et sécurisé tel que requis par la loi.** Pour la Déclaration sur la Protection de la Vie Privée, visitez le site [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou voir les instructions.



Qu'est-ce qui se passe ensuite ?

Faites une copie pour la conserver, puis envoyez votre demande, complète et signée, à l'adresse de la page 10. **Si vous ne disposez pas tous les renseignements que nous demandons, signer et soumettre votre demande de toute façon.** Nous ferons un suivi avec vous dans un délai de 1 à 2 semaines et **vous pourrez recevoir un appel du marché si nous avons besoin de plus d'informations.** Vous recevrez un avis d'admissibilité par la poste après le traitement de votre demande. Si vous n'entendez pas de nous, contactez le marché Centre d'appels. Remplir cette application ne signifie pas que vous devez acheter une couverture maladie.



Obtenez de l'aide sur cette application

- En ligne :** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)
- Téléphone :** Appelez le centre d'appel du Marché au **1-800-318-2596**. Les utilisateurs d'ATS doivent appeler le **1-855-889-4325**.
- En personne :** Il y a peut-être les conseillers dans votre région qui peut vous aider. Visitez [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ou appeler le centre d'appels du marché au **1-800-318-2596** pour plus d'informations.
- D'autres langues :** Si vous avez besoin d'aide dans une autre langue que l'anglais, appelez le **1-800-318-2596** et dire au représentant du service à la clientèle la langue dont vous avez besoin. Nous allons vous aider à aucun coût à vous.

Vous avez le droit de récupérer vos informations dans un format accessible, comme en gros caractères, en braille ou en audio. Vous avez également le droit de déposer une plainte si vous estimez avoir été victime de discrimination. Visitez le site [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) ou appelez le **1-800-318-2596**. Les utilisateurs de téléscripteurs peuvent appeler le **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)



Écrivez en lettres majuscules à l'encre noire ou bleu foncé uniquement.

Remplissez les cercles (○) comme ceci → ●.

Étape 1 : Parlez-nous de vous-même.

(1 adulte du foyer doit être la personne de contact pour votre demande.)

1. Prénom	Deuxième prénom	Nom	Suffixe
2. Adresse du domicile (laisser vide si vous n'en avez pas.)			3. Adresse du domicile 2
4. Ville	5. État	6. Code postal	7. Comté
8. Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)			9. Adresse du domicile 2
10. Ville	11. État	12. Code postal	13. Comté
14. Numéro de téléphone		15. Numéro de téléphone secondaire	
16. Voulez-vous obtenir des informations sur cette demande par courriel ? ☐ Oui ☐ Non			
Adresse e-mail :			
17. Langue préférée	Écrit	Parlé	

Étape 2 : Parlez-nous de votre famille.

Qui avez-vous besoin d'inclure dans cette demande ?

Terminer les pages d'étape 2 pour chaque personne dans votre famille et ménage, même si la personne a déjà une couverture de santé. L'information contenue dans cette demande nous aide à s'assurer que tout le monde bénéficie de la meilleure couverture possible. Le montant de l'aide ou le type de programme que vous qualifiez pour est basé sur le nombre de personnes dans votre famille et leurs revenus. Si vous n'incluez pas quelqu'un, même s'ils ont déjà une couverture santé, vos résultats d'admissibilité pourraient être affectés.

Pour les adultes qui ont besoin de la couverture :

Inclure ces personnes, **même si elles ne sont pas applicables à l'assurance-santé eux-mêmes** :

- Tout conjoint
- Tout fils ou une fille de moins de 21 ans, ils vivent avec, y compris les enfants du conjoint
- Toute autre personne sur la même déclaration de revenus fédérale (y compris les enfants âgés de plus de 21 ans qui sont réclamés sur une déclaration de revenus des parents). Vous n'avez pas besoin de déclarer leurs impôts pour obtenir une couverture santé.

Pour les enfants de moins de 21 ans qui ont besoin d'une couverture :

Inclure ces personnes, **même si elles ne sont pas applicables à l'assurance-santé eux-mêmes** :

- Tout parent (ou beaux-parents) qu'ils vivent avec
- Tous les frères et sœurs qu'ils vivent avec
- Tout fils ou fille de moins de 21 ans, qu'ils vivent avec, y compris les enfants du conjoint
- Tous les frères et sœurs qu'ils vivent avec.
- Toute autre personne sur la même déclaration de revenus fédérale. Vous n'avez pas besoin de déclarer vos impôts pour obtenir une couverture santé.

Complétez l'étape 2 pour chaque personne de votre famille.

Commencez par vous-même, puis ajouter d'autres adultes et enfants. Si vous avez plus de 2 personnes dans votre famille, vous aurez besoin de faire une copie des pages et les attacher.

Vous n'avez pas besoin de fournir le statut d'immigration ou le SSN des membres du foyer qui n'ont pas besoin de couverture médicale. Nous allons garder toutes les informations que vous fournissez, privé et sécurisé tel que requis par la loi. Nous allons utiliser des renseignements personnels uniquement pour vérifier si vous êtes admissible à une couverture santé.



Étape 2 : PERSONNE 1 (commencez par vous-même.)

Complétez l'étape 2 pour vous-même, votre conjoint/partenaire et les enfants qui vivent avec vous, et/ou n'importe qui sur votre déclaration de revenus fédérale même si vous avez un fichier. Voir page 1 pour plus d'information sur qui à inclure. Si vous ne produisez pas de déclaration de revenus, n'oubliez pas de toujours ajouter des membres de la famille qui vivent avec vous.

1. Prénom	Deuxième prénom	Nom	Suffixe						
2. Lien avec la Personne 1 ? SOI-MEME	3. Êtes-vous marié ? ☐ Oui ☐ Non	4. Date de naissance (jj/mm/aaaa) 	5. Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin						
6. Numéro de sécurité sociale (SSN)									
★ Nous avons besoin d'un numéro de sécurité sociale (SSN si vous voulez une couverture de santé et avoir un SSN ou pouvez en obtenir un. Nous utilisons des Numéros de sécurité sociale pour vérifier le revenu et d'autres informations pour voir qui est admissible à l'aide pour payer une couverture santé. Pour plus d'informations sur l'obtention d'un SSN, visitez le site SSA.gov ou appelez la Sécurité sociale au 1-800-772-1213. Les utilisateurs d'ATS doivent appeler le 1-800-325-0778.									
7. Avez-vous l'intention de déposer une déclaration de revenus fédérale l'AN PROCHAIN ? Vous pouvez toujours faire une demande d'assurance même si vous ne produisez pas une déclaration de revenus fédérale. ☐ OUI. Si oui, répondez aux points a à c. ☐ NON. Si non, passez au point c. a. Allez-vous déposer conjointement avec un conjoint ?..... ☐ Oui ☐ Non Si oui, écrire nom du conjoint : b. Allez-vous demander les personnes à charge dans votre déclaration de revenus ?..... ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquer les nom(s) de personnes à charge : c. Allez-vous demander les personnes à charge dans votre déclaration de revenus ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez indiquer le nom du déclarant : Comment êtes-vous liés à la déclaration de revenus ?									
8. Êtes-vous enceinte ?..... ☐ Oui ☐ Non a. Si oui , combien de bébés sont attendus au cours de cette grossesse ?									
9. Avez-vous besoin d'une couverture santé ? Même si vous avez la couverture, il y a peut-être d'un programme avec une meilleure couverture ou de réduire les coûts. ☐ OUI. Si oui, répondre à toutes les questions ci-dessous. ☐ NON. Si non, passez à la page 3, questions sur le revenu. Laisser le reste de cette page vide.									
10. Avez-vous un problème de santé physique, mental ou émotionnel qui entraîne des limitations dans vos activités (comme prendre un bain, s'habiller, effectuer des tâches quotidiennes, etc.), un besoin de soins de santé particuliers ou vivez-vous dans un établissement médical ou une maison de retraite ?.... ☐ Oui ☐ Non									
11. Vous êtes un citoyen américain ou national ? ☐ Oui ☐ Non									
12. Are Êtes-vous un citoyen naturalisé ou dérivé ? <i>(En général, cela veut dire que vous êtes né en dehors des États-Unis)</i> ☐ OUI. Si oui, remplissez a et b. ☐ NON. Si non, passez à la question 13. a. Numéro inconnus : b. Numéro de certificat : Une fois que vous avez terminé une a et b, passez à la question 14.									
13. Si vous n'êtes pas un citoyen américain ou national américain, avez-vous le statut d'immigrant admissible ? ☐ OUI. Entrez le type de document et le numéro d'identification. Aller aux instructions. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">Type de document d'immigration</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Type d'État (en option)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Écrire votre nom tel qu'il apparaît sur votre document d'immigration.</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>				Type de document d'immigration	Type d'État (en option)	Écrire votre nom tel qu'il apparaît sur votre document d'immigration.			
Type de document d'immigration	Type d'État (en option)	Écrire votre nom tel qu'il apparaît sur votre document d'immigration.							
Numéro inconnus ou I-94. 		Numéro de carte ou le numéro de passeport 							
ID SEVIS ou date d'expiration (en option) 		D'autres code catégorie (ou pays d'émission) 							
a. Avez-vous vécu aux États-Unis depuis 1996 ? ☐ Oui ☐ Non b. Êtes-vous, ou votre conjoint ou un parent, un ancien combattant ou un membre en service actif de l'armée américaine ? ☐ Oui ☐ Non									
14. Voulez-vous aide pour payer les factures médicales des 3 derniers mois ?..... ☐ Oui ☐ Non									
15. Habitez-vous avec au moins un enfant de moins de 19 ans, et êtes-vous la personne principale en prenant soin de cet enfant ? (Sélectionnez « oui » si vous ou votre conjoint prend soin de cet enfant.) ☐ Oui ☐ Non Dites-nous les noms et les relations de tous les enfants de moins de 19 ans qui vivent avec vous dans votre ménage :									
16. Vous êtes un étudiant à temps plein ? ☐ Oui ☐ Non		17. Avez-vous été en famille d'accueil à l'âge de 18 ans ou plus ?..... ☐ Oui ☐ No							

Suite à la page suivante



Facultatif: (Fournir cette information n'impactera pas l'éligibilité, les options du plan, ou les coûts.)

Remplir toutes les réponses qui s'appliquent.

19. Race :

☐ White ☐ Noires ou Afro-américaines ☐ American Indien ou les autochtones de l'Alaska ☐ Filipino ☐ Japonais ☐ Coréen ☐ Indiens d'Asie ☐ Chinois
☐ Vietnamien ☐ D'autres pays asiatiques ☐ Hawaïens Natifs ☐ Chamorro ou Guyanien ☐ Samoan ☐ Insulaire d'Asie du Pacifique ☐ Autres

Choisissez une réponse.

20. Sexe assigné à la naissance (peut être trouvé sur votre certificat de naissance) :

☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : ☐ Ne sait pas ☐ Préfère ne pas répondre

21. Genre actuel :

☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Femme transgenre ☐ Homme transgenre ☐ Un autre terme : ☐ Ne sait pas ☐ Préfère ne pas répondre

22. Orientation sexuelle :

☐ Bisexuel/Bisexuelle ☐ Homosexuel/Homosexuelle ☐ Hétérosexuel/Hétérosexuelle (non homosexuel ni homosexuelle) ☐ Un autre terme : ☐ Ne sait pas ☐ Préfère ne pas répondre

Étape 2 : PERSONNE 1 (commencez par vous-même.)

Travail en cours et Renseignements sur le revenu

☐ **Employés** : Si vous êtes actuellement en poste, parlez-nous de votre revenu. Commencer avec la question 23. ☐ **Pas à l'emploi** : Passez à la question 33. ☐ **Travailleurs indépendants** : Passez à la question 32.

Travail en cours 1 :

23. Nom de l'employeur

a. Adresse de l'employeur (facultatif)

b. Ville

c. État

d. Code postal

24. Numéro de téléphone de l'employeur

25. Salaires/Astuces (avant taxes)

☐ Tarif horaire ☐ Une fois par semaine ☐ Toutes les 2 semaines

26. Moyenne d'heures travaillées chaque semaine

\$ ☐ Deux fois par mois ☐ Tous les mois ☐ Chaque année

Travail en cours 2 : (Si vous avez d'autres emplois et besoin de plus d'espace, joignez une autre feuille de papier.)

27. Nom de l'employeur

a. Adresse de l'employeur (facultatif)

b. Ville

c. État

d. Code postal

28. Numéro de téléphone de l'employeur

29. Salaires/Astuces (avant taxes)

☐ Tarif horaire ☐ Une fois par semaine ☐ Toutes les 2 semaines

30. Moyenne d'heures travaillées chaque SEMAINE

\$ ☐ Deux fois par mois ☐ Tous les mois ☐ Chaque année

31. **Au cours de la dernière année, avez-vous :** ☐ Changer d'emploi ☐ Arrêter de travailler ☐ Commencer à travailler moins d'heures ☐ Aucune de ces choix

32. **Si vous êtes travailleur autonome, répondez aux Questions a et b :**

a. Type de travail :

b. Quel est la quantité de revenu net (bénéfices une fois les dépenses d'entreprise sont payés) que vous allez recevoir de votre travail autonome ce mois-ci ? Allez aux instructions.

\$

Suite à la page suivante



33. **D'autres revenus que vous obtenez ce mois-ci :** Remplissez toutes les cases qui s'appliquent, et la quantité et la fréquence à laquelle vous l'obtenez. Remplir ici si aucun. ☐ **REMARQUE :** Vous n'avez pas à nous signaler les revenus de pension alimentaire, les paiements d'ancien combattant, ou le revenu de la sécurité sociale supplémentaire (SSI).

☐ Le Chômage \$ À quelle fréquence ?	☐ La pension alimentaire reçue (Remarque : Uniquement pour les divorces finalisés avant le 1/1/2019). \$ À quelle fréquence ?
☐ Une pension \$ À quelle fréquence ?	☐ Le Net de l'agriculture/la pêche \$ À quelle fréquence ?
☐ La sécurité sociale \$ À quelle fréquence ?	☐ Revenu net de location/redevance \$ À quelle fréquence ?
☐ Des Comptes de retraite \$ À quelle fréquence ?	☐ Autres revenus, type : \$ À quelle fréquence ?

34. **Déductions :** Remplissez toutes les cases qui s'appliquent, et la quantité et la fréquence à laquelle vous l'obtenez. Si vous payez pour certaines choses qui peuvent être déduites sur une déclaration de revenus fédérale, si vous nous en parler ceci pourrait rendre le coût de la couverture. N'incluez pas la pension alimentaire que vous payez, ou un coût déjà inclus dans votre réponse au revenu net de travail indépendant (question 32b)..

☐ Pension alimentaire payée (Remarque : Uniquement pour les divorces finalisés avant le 1/1/2019). \$ À quelle fréquence ?	☐ Autres déductions, type : \$ À quelle fréquence ?
☐ Intérêt sur les prêts aux étudiants \$ À quelle fréquence ?	

35. **Répondre à cette question si votre revenu varie au cours de l'année,** par exemple si vous occupez un emploi seulement pendant une partie de l'année ou si vous recevez une indemnité pendant certains mois.. Si vous ne vous attendez pas à des changements à votre revenu mensuel, passez à la personne suivante. ➡

Votre revenu total cette année \$	Votre revenu total de l'année prochaine (si vous pensez qu'il sera différent) \$ ☐ Remplissez si vous pensez que votre revenu sera difficile à prédire.
--	--

Merci ! C'est tout ce que nous avons besoin de savoir sur vous.





Étape 2 : PERSONNE 2

REMARQUE : Si cette personne n'a pas besoin d'une couverture santé, il suffit de répondre aux questions 1 à 10 sur cette page. Faites une copie de pages 5-7 s'il y a plus de 2 personnes dans votre ménage.

Complétez l'étape 2 pour vous-même, votre conjoint/partenaire et les enfants qui vivent avec vous, et/ou n'importe qui sur votre déclaration de revenus fédérale même si vous avez un fichier. Si vous ne déposez pas de déclaration de revenus, n'oubliez pas d'ajouter les membres du ménage qui vivent avec vous. Voir page 1 pour plus d'information sur qui à inclure.

1. Prénom	Deuxième prénom	Nom	Suffixe
2. Lien avec la PERSONNE 1 ? Allez aux instructions.	3. Est-ce que la PERSONNE 2 est mariée ? ☐ Oui ☐ Non	4. Date de naissance (jj/mm/aaaa)	5. Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin
6. Numéro de sécurité sociale (SSN)		★ Nous avons besoin de cela si vous voulez une protection en matière de santé pour la PERSONNE 2, et si la PERSONNE 2 a un SSN.	
7. La PERSONNE 2 habite à la même adresse que PERSONNE 1 ? ☐ Oui ☐ Non Si non, listez l'adresse :			
8. Est-ce que la PERSONNE 2 a l'intention de déposer une déclaration de revenus fédérale L'AN PROCHAIN ? (Vous pouvez toujours faire une demande d'assurance même si la PERSONNE 2 ne produit pas une déclaration de revenus fédérale.) ☐ OUI. Si oui, répondez aux questions a à c. ☐ NON. Si non, passez à la question c.			
a. Est-ce que la PERSONNE 2 va-t-il/elle déposer conjointement avec un conjoint ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, écrire nom du conjoint :			
b. Est-ce que PERSONNE 2 ne demandera toute personne à charge sur sa déclaration de revenus ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquer les nom(s) de personnes à charge :			
c. Est-ce que PERSONNE 2 demandera aux personnes à charge d'être mises sur la déclaration de revenus de quelqu'un ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez le nom du déclarant : Comment est PERSONNE 2 liés à celui qui déclare les revenus ?			
9. Est-ce que la PERSONNE 2 est enceinte ? ☐ Oui ☐ Non a. Si oui, combien de bébés sont attendus au cours de cewtte grossesse ?			
10. La PERSONNE 2 a-t-elle besoin d'une couverture santé ? (Même si la PERSONNE 2 à la couverture, il y a peut-être un programme avec une meilleure couverture ou de coûts à rabais.) ☐ OUI. Si oui, répondre à toutes les questions ci-dessous. ☐ NON. Si non, passez à la page 5, questions sur le revenu. Laissez le reste de cette page vide.			
11. Avez-vous un handicap physique, mental ou émotionnel, l'état de santé qui cause des limitations dans les activités (comme le bain, l'habillement, les tâches quotidiennes, etc.) ou vivre dans un établissement de soins ou maison de soins infirmiers ? ☐ Oui ☐ Non			
12. Êtes-vous un citoyen américain ou un national ? ☐ Oui ☐ Non			
13. Êtes-vous un citoyen naturalisé ou dérivé ? (En général, cela veut dire que vous êtes née en dehors des États-Unis) ☐ OUI. Si oui, remplissez a et b. ☐ NON. Si non, passez à la question 14.			
a. Numéro inconnus :		b. Numéro de certificat : Une fois que vous avez terminé une a et b, passez à la question 15.	
14. If Si la PERSONNE 2 n'est pas un citoyen américain ou national américain, ont-ils le statut d'immigrant admissible ? ☐ OUI. Enter Entrez le type de document et le numéro d'identification. Allez aux instructions.			
Type de document d'immigration	Type d'État (en option)	Écrire le nom de PERSONNE 2 tel qu'il apparaît sur son document d'immigration.	
Numéro inconnus ou numéro I-94.		Numéro de carte ou le numéro de passeport	
Pièce d'identité SEVIS ID ou date d'expiration (en option)		D'autres code catégorie (ou pays d'émission)	
a. Est-ce que la PERSONNE 2 a vécu aux États-Unis depuis 1996 ? ☐ Oui ☐ Non			
b. Est-ce que la PERSONNE 2 ou le conjoint ou un parent de la PERSONNE 2, un ancien combattant ou un membre en service actif de l'armée américaine ? ☐ Oui ☐ Non			
15. Est-ce que la PERSONNE 2 veut de l'aide pour payer les factures médicales des 3 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non			
16. Est-ce que la PERSONNE 2 habite avec au moins un enfant de moins de 19 ans, et est-ce que la PERSONNE 2 la personne principale qui prends soin de cet enfant ? (Sélectionnez « oui » si PERSONNE 2 ou son conjoint prend soin de cet enfant.) ☐ Oui ☐ Non			
17. Dites-nous les noms et les relations de tous les enfants de moins de 19 ans qui vivent avec la PERSONNE 2 dans son ménage : (Il peut s'agir du même les enfants énumérés à la page 2.)			
Est-ce que la PERSONNE 2 à été en famille d'accueil à l'âge de 18 ans ou plus ? ☐ Oui ☐ Non			
Répondez à ces questions si la PERSONNE 2 a 22 ans ou moins :			
18. Est-ce que la PERSONNE 2 avait un emploi et l'a perdu au cours des 3 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non			
a. Si oui, date de fin :		b. La raison pour laquelle l'assurance s'est terminée :	
19. Est-ce que la PERSONNE 2 est un étudiant à plein temps ? ☐ Oui ☐ Non			

Suite à la page suivante



BESOIN D'AIDE AVEC VOTRE DEMANDE ? Consultez le site [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ou appeler au 1-800-318-2596. Si vous avez besoin d'aide dans une autre langue que l'anglais, appelez le 1-800-318-2596 et dites au représentant du service à la clientèle la langue dont vous avez besoin. Nous allons vous aider à aucun coût à vous. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le 1-855-889-4325 1-855-889-4325.

**Facultatif:** (Fournir cette information n'impactera pas l'éligibilité, les options du plan, ou les coûts.)**Remplir toutes les réponses qui s'appliquent.**

21. Race :

- ☐ White ☐ Noires ou Afro-américaines ☐ American Indien ou les autochtones de l'Alaska ☐ Filipino ☐ Japonais ☐ Coréen ☐ Indiens d'Asie ☐ Chinois
☐ Vietnamien ☐ D'autres pays asiatiques ☐ Hawaïens Natifs ☐ Chamorro ou Guyanien ☐ Samoan ☐ Insulaire d'Asie du Pacifique ☐ Autres

Choisissez une réponse.

22. Sexe assigné à la naissance (peut être trouvé sur le certificat de naissance de la PERSONNE 2) :

- ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre : ☐ Ne sait pas ☐ Préfère ne pas répondre

23. Genre actuel :

- ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Femme transgenre ☐ Homme transgenre ☐ Un autre terme : ☐ Ne sait pas ☐ Préfère ne pas répondre

24. Orientation sexuelle :

- ☐ Bisexuel/Bisexuelle ☐ Homosexuel/Homosexuelle ☐ Hétérosexuel/Hétérosexuelle (non homosexuel ni homosexuelle) ☐ Un autre terme : ☐ Ne sait pas ☐ Préfère ne pas répondre

Étape 2 : PERSONNE 2

Parlez-nous de tout revenu dont la PERSONNE 2 obtient. Remplissez cette complètement même si la PERSONNE 2 n'a pas besoin d'une couverture santé.

Travail en cours et Renseignements sur le revenu

- ☐ **Employés :** Si la PERSONNE 2 est actuellement en poste, parlez-nous de votre revenu. Commencer avec la question 25.
 ☐ **Pas à l'emploi :** Passez à la question 35.
 ☐ **Travailleurs indépendants :** Passez à la question 34.

Travail en cours 1 :

25. Nom de l'employeur

a. Adresse de l'employeur (facultatif)

b. Ville

c. État

d. Code postal

26. Numéro de téléphone de l'employeur

27. Salaires/Astuces (avant taxes)

- ☐ Tarif horaire ☐ Une fois par semaine ☐ Toutes les 2 semaines
☐ Deux fois par mois ☐ Tous les mois ☐ Chaque année

28. Moyenne d'heures travaillées chaque SEMAINE

Travail en cours 2 : (Si la PERSONNE 2 a plus d'emplois, joignez une feuille de papier.)

29. Nom de l'employeur

a. Adresse de l'employeur (facultatif)

b. Ville

c. État

d. Code postal

30. Numéro de téléphone de l'employeur

31. Salaires/Astuces (avant taxes)

- ☐ Tarif horaire ☐ Une fois par semaine ☐ Toutes les 2 semaines
☐ Deux fois par mois ☐ Tous les mois ☐ Chaque année

32. Moyenne d'heures travaillées chaque semaine

33. Au cours de la dernière année, la PERSONNE 2 à-t-il/elle : ☐ Changer d'emploi ☐ Arrêter de travailler ☐ Commencer à travailler moins d'heures ☐ Aucune de ces choix

34. Si la PERSONNE 2 est un travailleur indépendant, répondez aux Questions a et b :

a. Type de travail :

b. Quel est la quantité de revenu net (bénéfices une fois les dépenses d'entreprise sont payés) que la PERSONNE 2 va recevoir de son travail autonome ce mois-ci ? Allez aux instructions.

\$

Suite à la page suivante





35 Autres revenus PERSONNE 2 reçoit ce mois-ci : Remplissez toutes les cases qui s'appliquent, et la quantité et la fréquence à laquelle vous l'obtenez. Remplir ici si aucun.

☐ **REMARQUE :** Vous n'avez pas à nous signaler les revenus de pension alimentaire, les paiements d'ancien combattant, ou le revenu de la sécurité sociale supplémentaire (SSI).

☐ Le Chômage \$ À quelle fréquence ?	☐ La pension alimentaire reçue (Remarque : Uniquement pour les divorces finalisés avant le 1/1/2019). \$ À quelle fréquence ?
☐ Une pension \$ À quelle fréquence ?	☐ Le Net de l'agriculture/la pêche \$ À quelle fréquence ?
☐ La sécurité sociale \$ À quelle fréquence ?	☐ Revenu net de location/redevance \$ À quelle fréquence ?
☐ Des Comptes de retraite \$ À quelle fréquence ?	☐ Autres revenus, type : \$ À quelle fréquence ?

36. Déductions : Remplissez toutes les cases qui s'appliquent, et la quantité et la fréquence à laquelle la PERSONNE 2 l'obtient. Si la PERSONNE 2 paye pour certaines choses qui peuvent être déduites sur une déclaration de revenus fédérale, si vous nous en parlez ceci pourrait rendre le coût de la couverture santé un peu plus bas. N'incluez pas la pension alimentaire que la PERSONNE 2 paie, ni un coût déjà inclus dans la réponse au revenu net de travail indépendant (question 31b).

☐ Pension alimentaire payée (Remarque : Uniquement pour les divorces finalisés avant le 1/1/2019). \$ À quelle fréquence ?	☐ Autres déductions : \$ À quelle fréquence ?
☐ Intérêt sur les prêts aux étudiants \$ À quelle fréquence ?	

37. Répondez à cette question seulement si le revenu de la PERSONNE 2 varie au cours de l'année, comme si la PERSONNE 2 travaille seulement à un emploi pour une partie de l'année ou de recevoir un avantage pour certains mois. Si la PERSONNE 2 ne prévoit pas de changement dans son revenu mensuel, passez à la personne suivante. ➡

Votre revenu total cette année	Votre revenu total de l'année prochaine (si vous pensez qu'il sera différent)
\$	\$ ☐ Remplissez si vous pensez que votre revenu sera difficile à prédire.

Merci ! C'est tout ce que nous avons besoin de savoir sur la PERSONNE 2





Étape 3 : Indien American ou les autochtones de l'Alaska (AI/AN) membre de la famille.

1. Êtes-vous ou est-ce que quelqu'un de votre famille ou des Indiens d'Amérique ou d'Alaska Native ?

☐ NON. Si non, passez à l'étape 4. ☐ OUI. Si oui, passez à l'étape 4, ainsi que de l'intégralité et l'Annexe B et inclure avec l'application.

Étape 4 : La couverture de santé de votre famille

1. Une personne dont le nom figure sur la demande d'inscription a-t-elle été jugée non admissible au système Medicaid ou au programme de police d'assurance santé des enfants (Children's Health Insurance Program ou CHIP) ces 90 derniers jours ? (Sélectionnez "oui" seulement si quelqu'un a été jugé non admissible à cette couverture par votre état, et non par le régime de santé Marketplace.) ☐ Oui ☐ Non

Quelle est la personne concernée ? La date :

Ou, était quelqu'un sur cette demande jugée non admissible à Medicaid ou CHIP en raison de leur statut d'immigration au cours des 5 dernières années ? ☐ Oui ☐ Non

Quelle est la personne concernée ?

Quelqu'un sur cette demande a-t-il demandé une couverture pendant la période d'inscription ouverte sur le marché ou après un événement qualifiant ? ☐ Oui ☐ Non

Quelle est la personne concernée ?

2. Est-ce qu'il y a une personne dont le nom figure sur la présente demande d'assurance-santé de l'offre d'un emploi ? Cochez « OUI » même si la couverture est de quelqu'un d'emploi, comme un parent ou un conjoint, même s'ils n'acceptent pas la couverture. Cochez non si la seule couverture offerte est COBRA.

☐ OUI. Continuer et ensuite remplir l'annexe A. ☐ NON.
Si oui, s'agit-il d'un régime de prestations pour les employés de l'Etat ? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que l'une des personnes figurant sur la demande s'est vu offrir un Health Reimbursement Arrangement (HRA) de couverture individuelle ou un Qualified Small Employer HRA (QSEHRA) ? ☐ Oui ☐ Non

3. Quiconque est inscrit à la couverture de santé maintenant ?

☐ OUI. Si non, passez à la question 4. ☐ NON. Si non, passez à l'étape 5.

4. Informations sur l'assurance-santé de l'actuel. (Faites une copie de cette page si plus de 2 personnes ont la couverture de santé en ce moment.) Écrivez le type de couverture de santé que vous obtenez; comme l'assurance employeur, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, le VA, Peace Corps, programmes de santé, ou bien même d'autres. (Ne mentionnez pas le TRICARE si vous avez des soins de DIRECT CARE ou bien LINE OF DUTY.)

PERSONNE 1 :	Nom de la personne inscrite dans la couverture santé.	
	Type de couverture santé :	
	☐ Assurance de l'employeur : ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programme de soins de santé VA ☐ Peace Corps ☐ Autres	
PERSONNE 1 :	Si c'est l'assurance de l'employeur : (Vous aurez également besoin de remplir l'annexe A.)	
	Nom de la compagnie d'assurance maladie	Numéro ID/Numéro de police
	Si c'est un autre genre de couverture : ☐ Remplissez si c'est une couverture santé du régime de santé Marché.	
PERSONNE 1 :	Nom de la compagnie d'assurance maladie	Numéro ID/Numéro de police
	Est-ce un plan à prestations limitées, comme une politique de l'accident de l'école ? ☐ Oui ☐ Non	

PERSONNE 2 :	Nom de la personne inscrite dans la couverture santé.	
	Type de couverture santé :	
	☐ Assurance de l'employeur : ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programme de soins de santé VA ☐ Peace Corps ☐ Autres	
PERSONNE 2 :	Si c'est l'assurance de l'employeur : (Vous aurez également besoin de remplir l'annexe A.)	
	Nom de la compagnie d'assurance maladie	Numéro ID/Numéro de police
	Si c'est un autre genre de couverture : ☐ Remplissez si c'est une couverture santé du régime de santé Marché.	
PERSONNE 2 :	Nom de la compagnie d'assurance maladie	Numéro ID/Numéro de police
	Est-ce un plan à prestations limitées, comme une politique de l'accident de l'école ? ☐ Oui ☐ Non	



Souhaitez-vous obtenir des informations concernant la procédure d'inscription sur la liste électorale (facultatif)

☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre

Vous pouvez obtenir des informations, connaître les dates limites d'inscription et consulter des ressources spécifiques à votre État sur le site [Vote.gov](https://www.vote.gov).



Étape 5 : Votre accord et signature

1. Êtes-vous d'accord pour permettre au Marché d'utiliser les données sur le revenu, y compris l'information à partir des déclarations de revenus, pour les 5 prochaines années ? ☐ Oui ☐ Non

Pour qu'il soit plus facile de déterminer votre admissibilité à l'aide pour payer la couverture dans les années à venir, vous pouvez vous entendre pour permettre au Marché l'utilisation des mises à jour des données sur les revenus, y compris les informations à partir des déclarations de revenus. Le Marché va envoyer un avis et vous permettent d'effectuer des modifications. Le marché va s'assurer que vous êtes toujours admissible, et peut-être vous demander de prouver que votre revenu qualifie tout de même. Vous pouvez vous désinscrire à tout moment.

Si non, mettez à jour automatiquement mes informations pour les prochaines : ☐ 5 ans ☐ 4 ans ☐ 3 ans ☐ 2 ans ☐ 1 ans

☐ Ne pas utiliser mes données fiscales pour renouveler mon admissibilité à l'aide pour payer une couverture santé (sélection de cette option peut influencer sur votre capacité à obtenir de l'aide à payer pour une couverture au moment du renouvellement.)

2. Est-ce que toute personne qui demande pour l'assurance maladie sur cette demande incarcéré (détenu ou emprisonné)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez le nom de la personne. Le nom de la personne incarcérée est :

☐ Remplir ici si cette personne est confrontée à la disposition d'accusations.

Si une personne figurant sur votre demande est inscrite dans la couverture du marché et découvre ultérieurement qu'elle possède une autre couverture de santé qualifiée (comme Medicare, Medicaid ou CHIP), le marché mettra automatiquement fin à la couverture de leur régime. Cela vous aidera à vous assurer que toute personne ayant souscrit une autre couverture qualifiante ne restera pas inscrite à la couverture Marketplace et devra payer le coût complet.

- ☐ J'accepte que le Marketplace mette fin à la couverture des utilisateurs de ma candidature par le Marketplace dans cette situation.
- ☐ Je ne donne pas l'autorisation à Marketplace de mettre fin à la couverture de Marketplace dans cette situation. Je comprends que les personnes concernées sur ma demande ne seront plus éligibles à une aide financière et devront payer la totalité des coûts de leur plan Marketplace.

Si quelqu'un sur cette demande est admissible à Medicaid :

- Je vais donner à l'agence Medicaid nos droits de poursuivre et d'obtenir de l'argent de l'assurance-santé, d'autres règlements judiciaires, ou d'autres tiers. Je vais aussi donner à l'Agence Medicaid les droits de poursuivre et d'obtenir un soutien médical d'un conjoint ou d'un parent. ☐ Oui ☐ Non
- Est-ce que tout enfant sur cette demande ont un parent vivant a à l'extérieur de la maison? ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, je sais que je vais être invité à coopérer avec l'agence qui recueille le soutien médical d'un parent absent. Si je pense que la coopération pour recueillir un soutien médical va me faire du mal à moi ou à mes enfants, je peux le dire à Medicaid et je n'aurai pas à devoir coopérer.
- Je transfère cette application sous peine de parjure, ce qui signifie que j'ai fourni des réponses véridiques à toutes les questions de ce formulaire au meilleur de mes connaissances. Je sais que je peux faire l'objet de sanctions en vertu de la législation fédérale, si j'ai volontairement des renseignements faux ou de fausses informations.
- Je sais que je dois dire au Marché d'assurance maladie dans les 30 jours, si quelque chose change (et est différent de) ce que j'ai écrit sur cette application. Je peux visiter [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) ou appelé en composant le **1-800-318-2596** pour signaler tout changement. Je crois comprendre qu'un changement dans mon information pourrait avoir une incidence sur mon admissibilité ainsi que l'admissibilité pour les membres de mon ménage.
- Je sais qu'en vertu de la loi fédérale, la discrimination n'est pas autorisée sur la base de la race, la couleur, votre origine nationale, votre sexe, l'âge, votre orientation sexuelle, l'identité, ou l'invalidité. Je peux déposer une plainte de discrimination en visitant le [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint).
- Je sais que les informations sur ce formulaire ne seront utilisées que pour déterminer l'admissibilité à l'assurance-santé, l'aide pour payer la garantie (si demandé), et à des fins légitimes du Marché et les programmes qui aident à payer pour la couverture.

Nous avons besoin de ces renseignements pour vérifier votre admissibilité à l'aide pour payer la couverture santé si vous choisissez d'appliquer. Nous allons vérifier vos réponses à l'aide de l'information dans nos bases de données électroniques et bases de données à partir de l'Internal Revenue Service (IRS), la sécurité sociale, le ministère de la sécurité intérieure, et/ou d'une agence de renseignements sur le consommateur. Si les renseignements ne correspondent pas, nous pouvons vous demander de nous envoyer la preuve.

Que dois-je faire si je crois que mes résultats d'admissibilité sont faux ?

Vous recevrez un avis d'éligibilité par courrier après que nous ayons traité votre demande. Si vous n'êtes pas d'accord avec ce que vous avez droit à, dans de nombreux cas, vous pouvez demander un recours. Consultez votre avis d'admissibilité pour trouver les instructions d'appel spécifiques à chaque personne de votre foyer qui demande une couverture, y compris le nombre de jours dont vous disposez pour demander un appel. Voici des informations importantes à considérer lors de l'appel :

- Vous pouvez demander à quelqu'un de demandé ou participer à votre appel si vous voulez. Cette personne peut être un ami, un parent, un avocat, ou autre personne. Ou, vous pouvez demander et participer à votre appel sur votre propre.
- Si vous avez une demande d'appel, vous pouvez peut-être conserver votre admissibilité à la couverture pendant que votre appel est en instance.
- Le résultat d'un appel pourrait modifier l'admissibilité d'autres membres de votre ménage.

Pour faire appel à vos résultats d'admissibilité du Marché, visitez le [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals/). Ou appelez le centre d'appel du Marché au **1-800-318-2596**. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le **1-855-889-4325**. Vous pouvez également envoyer un formulaire de demande d'appel ou votre propre lettre de demande d'un appel à : **Health Insurance Marketplace**, Dept. Of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Vous pouvez faire appel à l'admissibilité à l'achat d'une couverture santé à travers le Marché, les périodes d'inscription, les crédits d'impôt, des réductions de partage des coûts, Medicaid et CHIP, si on vous a refusé ces derniers. Si vous êtes admissible à des crédits ou réductions de partage des coûts, vous pouvez faire appel du montant que nous avons déterminé que vous êtes admissible. En fonction de votre état, vous pourriez être en mesure d'interjeter appel par le Marché ou vous avez peut-être de demander un recours auprès de l'état avec les agences Medicaid ou CHIP.

La PERSONNE 1 doit signer la présente demande. Si vous êtes un représentant autorisé, vous pouvez signer ici tant que PERSONNE 1 a signé l'Annexe C.

Signature	Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Si vous signez la présente demande à l'extérieur de l'Adhésion Ouverte (entre le 1er novembre et le 15 janvier), assurez-vous d'examen de l'Annexe D (« Questions sur les changements de vie »).



BESOIN D'AIDE AVEC VOTRE DEMANDE ? Consultez le site [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ou appelez au **1-800-318-2596**. Si vous avez besoin d'aide dans une autre langue que l'anglais, appelez le **1-800-318-2596** et dites au représentant du service à la clientèle la langue dont vous avez besoin. Nous allons vous aider à aucun coût à vous. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le **1-855-889-4325** **1-855-889-4325**.



Étape 6 : Envoyer par Courrier le Formulaire de demande.



Envoyer par Courrier votre demande signée à :

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

Obtenir de l'aide dans une langue autre que l'anglais

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions sur l'assurance santé Marché, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue, à aucun frais. Pour parler à un interprète, appelez le **1-800-318-2596**.

Voici une liste des langues disponibles et le même message fourni ci-dessus dans ces langues :

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.

Déclaration de divulgation PRA : Selon la Loi sur la réduction des formalités administratives de 1995, aucunes personnes ne sont nécessaires pour répondre à un ensemble d'informations à moins qu'il affiche un numéro de contrôle de l'OMB valide. Le numéro de contrôle d'OMB valide pour la collecte d'informations est 0938-1191. Le temps nécessaire pour effectuer cette collecte d'informations est estimée en moyenne à 45 minutes par réponse, y compris le temps d'examiner les instructions, rechercher des ressources de données existantes, de recueillir les données nécessaires, et compléter et examiner la collecte d'informations. Si vous avez des commentaires concernant l'exactitude de l'estimation de la durée(s) ou des suggestions pour améliorer ce formulaire, veuillez écrire à : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn : PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



BESOIN D'AIDE AVEC VOTRE DEMANDE ? Consultez le site [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ou appelez au **1-800-318-2596**. Si vous avez besoin d'aide dans une autre langue que l'anglais, appelez le **1-800-318-2596** et dites au représentant du service à la clientèle la langue dont vous avez besoin. Nous allons vous aider à aucun coût à vous. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le **1-855-889-4325** **1-855-889-4325**.

Obtenir de l'aide dans une langue autre que l'anglais (suite)

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。

Déclaration de divulgation PRA : Selon la Loi sur la réduction des formalités administratives de 1995, aucunes personnes ne sont nécessaires pour répondre à un ensemble d'informations à moins qu'il affiche un numéro de contrôle de l'OMB valide. Le numéro de contrôle d'OMB valide pour la collecte d'informations est 0938-1191. Le temps nécessaire pour effectuer cette collecte d'informations est estimée en moyenne à 45 minutes par réponse, y compris le temps d'examiner les instructions, rechercher des ressources de données existantes, de recueillir les données nécessaires, et compléter et examiner la collecte d'informations. Si vous avez des commentaires concernant l'exactitude de l'estimation de la durée(s) ou des suggestions pour améliorer ce formulaire, veuillez écrire à : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn : PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



BESOIN D'AIDE AVEC VOTRE DEMANDE ? Consultez le site [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ou appelez au 1-800-318-2596. Si vous avez besoin d'aide dans une autre langue que l'anglais, appelez le 1-800-318-2596 et dites au représentant du service à la clientèle la langue dont vous avez besoin. Nous allons vous aider à aucun coût à vous. Les utilisateurs de TTY peuvent appeler le 1-855-889-4325 1-855-889-4325.



Annexe A : La couverture santé de l'emploi

Vous **N'AVEZ PAS** besoin de répondre à ces questions si quelqu'un dans le ménage est admissible à la couverture d'un emploi, même s'ils n'acceptent pas la couverture. Vous n'avez pas non plus besoin de répondre à ces questions si la seule couverture offerte à une personne est la COBRA. Joindre une copie de cette page pour chaque travail que propose la couverture.

Parlez-nous de l'emploi qui offre une couverture.

Faites une copie de cette page et l'apporter à l'employeur qui offre une couverture pour vous aider à répondre à ces questions.

Renseignements sur l'employé

1. Nom de l'employé (Prénom, Nom)	2. Numéro de sécurité sociale de l'employé (SSN)

Renseignements sur l'employeur

3. Employeur/nom de l'entreprise	
4. Numéro d'identification d'employeur (EIN)	5. Numéro de téléphone de l'employeur

Maintenant, entrez les informations de la personne ou du service qui gère les avantages sociaux des employés. Nous pouvons entrer en contact avec cette personne si nous avons besoin de plus de renseignements :

6. La personne ou le service avec lequel nous pouvons communiquer au sujet de l'assurance-santé de l'employé.		
7. L'adresse de l'employeur (Le régime de santé Marketplace peut envoyer des avis à cette adresse.)		
8. Ville	9. État	10. Code postal
11. Numéro de téléphone (si différente de ci-dessus)	12. Adresse e-mail :	

13. L'employé se voit-il offrir une couverture médicale par cet employeur ? Ne cochez "oui" que s'il aura une offre de couverture au début du mois prochain, ou au 1er janvier s'il s'inscrit pendant la période d'inscription ouverte (1er Novembre - 15 Janvier).

☐ **OUI** (continuer) ☐ **NON** ('L'EMPLOYEUR : ARRÊTEZ et retourner ce formulaire à l'employé
EMPLOYÉ :retournez à votre demande de couverture de Marché.)

L'employeur offre-t-il un régime de soins de santé couvrant le conjoint ou la personne à charge de cet employé ?

☐ **OUI.** Si oui, quelles personnes ? ☐ Conjoint/Époux ☐ Dépendant(s) ☐ **NON** (Passez à la question 14.)

Énumérer les noms de toute autre personne dans le ménage de l'employé qui est admissible à la couverture de ce travail.

Nom :

Nom :

Nom :

Suite à la page suivante



Parlez-nous de la couverture santé offerte par cet employeur.

14. Est-ce que l'employeur offre un régime de santé qui répond à la valeur du Standard minimale* ?

☐ **OUI** (Allez à la question 15.) ☐ **NON** (ARRÊTER et retourner ce formulaire à l'employé).

15. Combien l'employé aurait à payer pour le plan le plus bas coût offert à l'employé seulement conforme à la norme de valeur Standard minimale* ? N'incluent pas les plans de la famille.

a. Employé pourrai payer ce montant : \$

REMARQUE : Entrez le montant le plus bas l'employé peut payer pour une couverture santé.

b. Employé pourrai payer ce montant : ☐ Une fois par semaine ☐ Toutes les 2 semaines ☐ Deux fois par mois ☐ Une fois par mois
☐ Trimestriel ☐ Chaque année

16. Si d'autres membres du foyer sont énumérés à la question 13 : combien l'employé paierait-il pour le régime le moins coûteux qui couvre l'employé et les membres du foyer énumérés à la question 13? Si l'employeur offre des programmes de bien-être, entrez la prime que l'employé paierait s'il obtenait le rabais maximal pour tout programme de désaccoutumance au tabac et s'il n'obtenait aucun autre rabais basé sur les programmes de bien-être.

a. Employé pourrai payer ce montant : \$

b. Employé pourrai payer ce montant : ☐ Une fois par semaine ☐ Toutes les 2 semaines ☐ Deux fois par mois ☐ Une fois par mois
☐ Trimestriel ☐ Chaque année

* Un plan de santé répond à la valeur Standard minimale, si paie au moins 60 % du coût total des services médicaux pour une population standard et offre une couverture substantielle des services hospitaliers et médicaux. La plupart des plans d'emploi, répondent à la valeur Standard minimale.



Annexe B



Annexe C : Aide pour remplir cette demande

Pour les conseillers d'applications certifiées, des navigateurs, des agents et des courtiers seulement.

Remplissez cette section si vous êtes un conseiller d'applications certifiées, Navigator, agent, courtier ou qui remplit cette demande pour quelqu'un d'autre.

1. Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
2. First name, Middle name, Last name, & Suffix	
3. Nom de l'organisation	
4. Numéro ID (si applicable)	5. Les agents/courtiers uniquement : Numéro NPN

Vous pouvez choisir un représentant autorisé.

Vous pouvez donner à une personne de confiance l'autorisation de parler de cette application avec nous, reportez-vous à votre information, et à agir en votre nom sur les questions liées à la demande, y compris l'obtention d'informations sur votre application et la signature de votre demande en votre nom. Cette personne s'appelle un « Représentant autorisé ». Si vous avez besoin de changer ou enlever votre Représentant autorisé, contactez le Marché. Si vous êtes un Représentant autorisé pour une personne sur cette demande, fournissez la preuve avec l'application.

1. Nom du représentant autorisé (prénom, nom, prénom)		
2. Adresse :		3. Adresse du domicile 2
4. Ville	5. État	6. Code postal
7. Numéro de téléphone		
8. Nom de l'organisation		
9. Numéro ID (si applicable)		

En signant, vous permettez à cette personne de signer votre demande, obtenir des informations officielles sur cette application, et à agir en votre nom sur toutes les questions relatives à cette application.

10. Signature de la PERSONNE 1 énumérés dans cette demande.	11. Date de naissance (jj/mm/aaaa)





Annexe D : Des questions sur les changements de vie

(Vous devez remplir le reste de cette application avec cette page. Ne soumettez pas cette page par elle-même.)

Si quelqu'un sur cette application a connu certains changements dans sa vie - comme perdre sa couverture santé, se marier ou avoir un bébé - au cours des 60 derniers jours (OU s'attend à le faire dans les 60 prochains jours), remplissez cette page et joignez-la à votre demande remplie et signée. Certains changements de vie permettent à votre couverture à travers le marché pour démarrer tout de suite. Nous vous recommandons également de répondre à ces questions si vous postulez en dehors de la d'inscription annuelle ouverte (1er Novembre - 15 Janvier).

Ces questions sont facultatives. Si votre situation n'a pas changé, vous pouvez laisser les réponses en blanc. Vous pouvez également solliciter un régime Medicaid (plan de santé pour les personnes à faibles revenus) et le programme d'assurance de santé des enfants (CHIP) pendant n'importe quelle période de l'année, avec la même demande. Les membres des tribus reconnues par le gouvernement fédéral et les Autochtones de l'Alaska les actionnaires peuvent s'inscrire dans la couverture par le marché n'importe quel moment de l'année.

Parlez-nous de l'évolution de votre ménage.

1. Quelqu'un at-il perdu la qualification de la couverture sanitaire dans les 60 derniers jours, ou attendre à perdre la qualification de la couverture sanitaire dans les 60 prochains jours ?

Nom :	Couverture Date terminée ou prendra fin (mm/jj/aaaa)

2. Est-ce que quelqu'un se marier dans les 60 derniers jours ?

Nom :	La date (jj/mm/aaaa)

a. Est-ce que ces personnes ont une couverture de santé de qualification à tout moment dans les 60 derniers jours ?..... ☐ Oui ☐ Non

Si oui entrez leur nom (s) ici:

3. Quelqu'un at-il obtenir libéré de l'incarcération (ou en prison) dans les 60 derniers jours ?

Nom :	La date (jj/mm/aaaa)

4. Quelqu'un va-t-il obtenir le statut d'immigrant admissible dans les 60 derniers jours ?

Nom :	La date (jj/mm/aaaa)

5. Quiconque a été adopté, placés en adoption ou placés en famille d'accueil dans les 60 derniers jours ?

Nom :	La date (jj/mm/aaaa)

6. Quelqu'un a-t-il devenu une personne à charge en raison d'une pension alimentaire ou autre ordonnance du tribunal dans les 60 derniers jours ?

Nom :	La date (jj/mm/aaaa)

7. Est-ce que quelqu'un se marier dans les 60 derniers jours ?

Nom :	La date (jj/mm/aaaa)

a. Quel est le code postal de votre adresse précédente ? ☐ Remplir ici si vous avez déplacé d'un pays étranger ou le territoire américain.

b. Est-ce que ces personnes ont une couverture de santé de qualification à tout moment dans les 60 derniers jours ?..... ☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscrivez leur nom(s) ci-dessous :

Nom :

