Health Insurance Marketplace

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

स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा (Coverage) और खर्चों का भुगतान करने में सहायता के लिए आवेदन

HealthCare.gov पर ऑनलाइन रूप से तेज़ी से आवेदन करें

आप किस कवरेज के लिए योग्य हैं, यह जानने के लिए इस एप्लिकेशन का उपयोग करें

- बाज़ार की योजनाएँ जो आपको अच्छी तरह से रहने में मदद करने के लिए व्यापक कवरेज प्रदान करती हैं।
- टैक्स क्रेडिट जो स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के लिए आपके प्रीमियमों का तुरंत कम करने में सहायता कर सकता है।
- मेडिकेड या बच्चों के स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (CHIP) से मुफ्त या कम-कीमत की बीमा सुरक्षा कार्यक्रम।

कुछ आय स्तर मुफ्त या कम लागत वाले कार्यक्रमों के लिए योग्य हो सकते हैं।

इस आवेदन का प्रयोग कौन कर सकता है?

- अपने परिवार के किसी भी सदस्य के लिए आवेदन करने के लिए इस आवेदन का प्रयोग करें।
- **आवेदन करें चाहे आपका, आपका जीवनसाथी या आपके बच्चे के पास पहले से ही स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा हो। आप मुफ्त वा कम-कीमत कभरेज के लिए योग्य हो सकते हैं।**
- यदि आप अकेले हैं, तो आप एक छोटे फॉर्म का प्रयोग कर सकेंगे। HealthCare.gov पर जाएं।
- वे परिवार आवेदन कर सकते हैं जिनमें घरके प्रवासी शामिल हैं। आप अपने बच्चे के लिए आवेदन कर सकते हैं चाहे आप बीमा सुरक्षा के लिए पात्र न भी हों। आवेदन करने से आपके प्रवास की स्थिति या स्थायी निवासी अथवा नागरिक बनने के अवसर प्रभावित नहीं होंगे।
- यदि कोई इस आवेदन को भरने में आपकी सहायता कर रहा है, तो आपके लिए परिशिष्ट C भरना जरूरी होगा।

आवेदन करने के लिए आपके लिए क्या जरूरी है

- सामाजिक सुरक्षा संख्याएं (SSN) (या बीमा सुरक्षा की आवश्यकता वाले किसी पात्र प्रवासियों के लिए दस्तावेज की संख्याएं)।
- आपके परिवार के प्रत्येक सदस्य के संबंध में नियोक्ता और आय की सूचना (उदाहरण के लिए, वेतन पर्चियां, W-2 फॉर्म, या वेतन और टैक्स संबंधी विवरण)।
- किसी मौजूदा स्वास्थ्य बीमे की पॉलिसी की संख्याएं।
- आपके परिवार को उपलब्ध किसी नौकरी से संबंधित स्वास्थ्य बीमे के बारे में सूचना।

हम यह सूचना क्यों माँगता हैं?

हम आपको यह सूचित करने के लिए आय और अन्य सूचना के बारे में पूछते हैं कि आप कौन-सी बीमा सुरक्षा के पात्र हैं तथा आपको इसका भुगतान करने में क्या कोई सहायता मिल सकती है। **हम आपके द्वारा दी गई सारी सूचना को कानून की अपेक्षानुसार निजी और सुरक्षित रखेंगे।** गोपनीयता अधिनियम वक्तव्य (Privacy Act Statement) के लिए, HealthCare.gov पर जाएँ, या निर्देशों की जाँच करें।

आगे क्या होगा?

अपने पास रखने के लिए एक प्रति बनाएँ, फिर अपना पूर्ण, हस्ताक्षरित आवेदन पृष्ठ 10 पर दिए गए पते पर भेजें। **यदि आपके पास हमारे द्वारा मांगी गई सारी सूचना नहीं है, तो फिर भी अपने आवेदन पर हस्ताक्षर करें और जमा कर दें।** हम 1-2 सप्ताह के भीतर आपको फलोअप करेंगे, तथा यदि हमें अधिक सूचना की आवश्यकता होती है, **तो आपको मार्केटप्लेस से कॉल प्राप्त हो सकती है।** हम आपके एप्लिकेशन को प्रोसेस करने के बाद, आपको मेल में एक पात्रता सूचना प्राप्त होगी। यदि आपको हमारी ओर से कोई संदेश प्राप्त नहीं होता है, तो मार्केटप्लेस कॉल सेन्टर से संपर्क करें। इस आवेदन को भरने का यह अर्थ नहीं है कि आपको स्वास्थ्य कभरेज खरीदनी ही पड़ेगी।

इस आवेदन के संबंध में सहायता प्राप्त करें

- **ऑनलाइन:** HealthCare.gov.
- **फोन:** मार्केटप्लेस कॉल सेंटर को **1-800-318-2596** TTY प्रयोक्ता TTY **1-855-889-4325** पर कॉल कर सकते हैं।
- **स्वयं:** आपके इलाके में ऐसे सलाहकार हो सकते हं जो सहायता कर सकते हैं। अधिक जानकारी के लिए HealthCare.gov, पर जाएं या मार्केटप्लेस कॉल सेन्टर को **1-800-318-2596** पर कॉल करें।
- **अन्य भाषाएं:** यदि आपको अंग्रेजी के सिवाए किसी अन्य भाषा में सहायता चाहिए, तो **1-800-318-2596** पर कॉल करें और ग्राहक सेवा प्रतिनिधि को वह भाषा बताएं जिसमें आपको सहायता चाहिए। हम आपको मुफ्त सहायता दिलाएंगे।

आपको अपनी जानकारी बड़े प्रिंट, ब्रेल या ऑडियो जैसे सुलभ प्रारूप में प्राप्त करने का अधिकार है। यदि आपको लगता है कि आपके साथ भेदभाव किया गया है तो आपको शिकायत दर्ज करने का भी अधिकार है। **CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice** पर जाएं या 1-800-318-2596 पर कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता 1-855-889-4325 पर कॉल कर सकते हैं।

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

केवल काले या गहरे नीले रंग की स्याही का उपयोग करके बड़े अक्षरों में प्रिंट करें।
गोलों (◯) को इस प्रकार भरें → ●.

चरण 1: हमें अपने बारे में बताएं।

(आपके एप्लिकेशन के लिए संपर्क व्यक्ति होने वाले हाउसहोल्ड में हमें एक वयस्क की आवश्यकता है।)

1. प्रथम नाम | मध्य नाम | अंतिम नाम | प्रत्यय

2. घर का पता (यदि आपका घर न हो, तो खाली छोड़ दें।)

3. घर का पता 2

4. शहर

5. राज्य

6. ज़िप कोड

7. देश

8. डाक पता (यदि घर के पते से अलग हो)

9.डाक पता 2

10. शहर

11. राज्य

12. ज़िप कोड

13. देश

14. फोन नंबर ( ) -

15. दूसा फोन नंबर ( ) -

16. क्या आप ई-मेल द्वारा इस आवेदन के बारे में सूचना प्राप्त करना चाहते हैं? ◯ हाँ ◯ नहीं

ई-मेल पता:

17. पसंदीदा भाषा: लिखित | बोली जाने

चरण 2: हमें अपने परिवार के बारे में बताएं।

आपको इस आवेदन में किसी शामिल करने की जरूरत है?

अपने परिवार और घर के प्रत्येक व्यक्ति के लिए चरण 2 के पृष्ठों को भरें, चाहे व्यक्ति के पास पहले से भी स्वास्थ्य कभरेज हो। इस आवेदन की सूचना हमें यह सुनिश्चित करने में सहायता करती है कि प्रत्येक व्यक्ति को वह बेहतरीन बीमा सुरक्षा मिले जो उसे मिल सकती है। आपकी सहायता की राशि या पात्रता के कार्यक्रम का प्रकार आपके परिवार के लोगों की संख्या और उनकी आय पर निर्भर है। यदि आप किसी व्यक्ति को शामिल नहीं करते हैं, चाहे उनके पास पहले से ही स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा हो, तो आपकी पात्रता के परिणाम प्रभावित हो सकते हैं।

बीमा सुरक्षा की आवश्यकता वाले वयस्कों के लिए:
इन लोगों को शामिल करें चाहे **वे स्वयं स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के लिए आवेदन न कर रहे हों:**

- कोई पत्नी/पति
- सौतेले बच्चों सहित साथ रहने वाले 21 वर्ष से कम आयु का कोई पुत्र या पुत्री
- एक ही संघीय आय कर विवरणी पर दर्ज कोई अन्य व्यक्ति (21 वर्ष से अधिक आयु वाली ऐसे बच्चों सहित जिनके लिए माता/पिता की टैक्स विवरणी में दावा किया जाता हो)। स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा प्राप्त करने के लिए आपको टैक्स दर्ज कराने की जरूरत नहीं है।

बीमा सुरक्षा की आवश्यकता वाले 21 वर्ष से कम आयु के बच्चों के लिए:
इन लोगों को शामिल करें चाहे **वे स्वयं स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के लिए आवेदन न कर रहे हों:**

- कोई माता/पिता (या सौतेले माता/पिता) जिनके साथ वे रहते हैं
- कोई भाई-बहन जिनके साथ वे रहते हैं
- कोई पुत्र या पुत्री जिनके साथ वे रहते हैं, सौतेले बच्चों सहित
- वे जिस भी जीवनसाथी के साथ रहें।
- समान संघीय आय कर विवरणी पर कोई अन्य व्यक्ति। स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा प्राप्त करने के लिए आपको टैक्स दर्ज कराने की जरूरत नहीं है।

अपने परिवार के प्रत्येक व्यक्ति के लिए चरण 2 को पूरा करें।

स्वयं से आरंभ करें, इसके बाद अन्य वयस्कों और बच्चों को जोड़ें। यदि आपके परिवार में 2 से अधिक लोग हैं, तो आपको पृष्ठों की कॉपी करने और उन्हें संलग्न करने की जरूरत पड़ेगी।

आपको उन हाउसहोल्ड सदस्यों के लिए अप्रवास स्थिति या SSNs प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है जिन्हें स्वास्थ्य कवरेज की आवश्यकता नहीं है। हम आपके द्वारा दी गई सारी सूचना को कानून की अपेक्षानुसार निजी और सुरक्षित रखेंगे। हम निजी सूचना का इस्तेमाल केवल यह जाँचने के लिए करेंगे कि क्या आप स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के लिए पात्र हैं।

चरण 2: व्यक्ति 1 (स्वयं से शुरू करें।)

स्वयं, अपनी पत्नी/पति/पार्टनर और आपके साथ रहने वाले बच्चों, और/या आपकी समान संघीय आयकर विवरणी, यदि आप दर्ज कराते हों, पर दर्ज किसी व्यक्ति के लिए चरण 2 को पूरा करें। शामिल किए जाने वाले व्यक्ति के बारे में अधिक जानकारी के लिए पृष्ठ 1 देखें। यदि आप टैक्स विवरणी दर्ज नहीं करते हैं, तो फिर भी अपने साथ रहने वाले परिवार के सदस्यों को शामिल करना याद रखें।

1. प्रथम नाम | मध्य नाम | अंतिम नाम | प्रत्यय

2. व्यक्ति 1 के साथ संबंध? **स्वयं**

3. क्या आप विवाहित हैं? ◯ हाँ ◯ नहीं

4. जन्म-तिथि (माह/दिन/वर्ष)

5. लिंग ◯ महिला ◯ पुरुष

6. **सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSN)**

★ **यदि आप स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा चाहते हैं और आपके पास (SSN) है या इसे प्राप्त कर सकते हैं, तो हमें सामाजिक सुरक्षा संख्या SSN की जरूरत है।** हम SSN का इस्तेमाल आय और अन्य सूचना का पता लगाने के लिए करते हैं जिससे कि देखा जा सके कि स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के भुगतान में सहायता के लिए कौन पात्र है। SSN प्राप्त करने के संबंध में जानकारी के लिए, तो **SSA.gov** पर जाएं, या सामाजिक सुरक्षा (Social Security) को 1-800-772-1213 पर कॉल करें। TTY प्रयोक्ता 1-800-325-0778 पर कॉल कर सकते हैं।

7. **क्या आपकी अगले वर्ष संघीय आयकर विवरणी दर्ज कराने का इरादा है?** आप अब भी बीमा सुरक्षा के लिए आवेदन कर सकते हैं चाहे आपने संघीय आयकर विवरणी दर्ज न की हो।
   ◯ **हाँ। यदि हाँ,** तो आइटम a से c तक उत्तर दें। ◯ **नहीं। यदि नहीं,** तो आइटम c को छोड़ दें।
   a. क्या आप पत्नी/पति के साथ संयुक्त रूप से दर्ज कराएंगे? ◯ हाँ ◯ नहीं
   यदि हाँ, तो पत्नी/पति का नाम लिखें:
   b. क्या आप अपनी टैक्स विवरणी पर किसी आश्रित का दावा करेंगे? ◯ हाँ ◯ नहीं
   यदि हाँ, तो आश्रितों का/के नाम लिखें:
   c. क्या आपके संबंध किसी अन्य की कर विवरणी पर आश्रितजन के रूप में दावा किया जाएगा? ◯ हाँ ◯ नहीं
   यदि हाँ, तो कृपया टैक्स दाखिल करने वाले व्यक्ति का नाम लिखें: | आपका टैक्स दाखिल करने वाले व्यक्ति से क्या संबंध है?

8. क्या आप गर्भवती हैं? ◯ हाँ ◯ नहीं a. **यदि हाँ,** तो इस गर्भावस्था के दौरान कितने बच्चे होने की संभावना है?

9. **क्या आपको स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा की जरूरत है?** चाहे आपके पास बीमा सुरक्षा हो, तो भी बेहतर बीमा सुरक्षा या कम कीमत वाले कार्यक्रम के मौजूद होने की संभावना है।
   ◯ **हाँ। यदि हाँ,** तो नीचे दिए गए सभी प्रश्नों के उत्तर दें। ⬇ ◯ **नहीं। यदि नहीं,** तो प्रश्नों को छोड़कर पृष्ठ 3 पर दिए आय संबंधी प्रश्नों पर जाएं। इस पृष्ठ के शेष भाग को खाली छोड़ दें। ➡

10. क्या आप में शारीरिक, मानसिक, या भावनात्मक स्वास्थ्य स्थिति है जो गतिविधियों (जैसे स्नान करना, कपड़े पहनना, दैनिक कार्य, इत्यादि।) में सीमाओं का कारण बनता है, विशेष स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता है, या चिकित्सा सुविधा या नर्सिंग होम में रहते है? ◯ हाँ ◯ नहीं

11. क्या आप **अमरीकी नागरिक** या **अमरीका के राष्ट्रिक** हैं? ◯ हाँ ◯ नहीं

12. क्या आप **बनाए गए नागरिक** या **व्युत्पन्न नागरिक** हैं? (इसका आमतौर पर यह अर्थ है कि आपका जन्म अमरीका से बाहर हुआ था)
    ◯ **हाँ। यदि हाँ,** तो a और b को पूरा करें। ◯ **नहीं। यदि नहीं,** तो प्रश्न 13 पर जारी रखें।
    a. विदेशी संख्या: | b. प्रमाण-पत्र की संख्या: | a और b को पूरा करने के बाद, प्रश्न 14 पर जाएं।

13. यदि आप **अमरीकी नागरिक** या **अमरीका के राष्ट्रिक** नहीं हैं, तो क्या आपकी प्रवसन की पात्र स्थिति है? ◯ **हाँ।** दस्तावेज का प्रकार और पहचान संख्या दर्ज करें। निर्देशों पर जाएँ.
    प्रवासन के दस्तावेज का प्रकार | स्थिति का प्रकार (वैकल्पिक) | अपना नाम उसी प्रतार लिखें जो आपके प्रवसन के दस्तावेज पर लिखा है।
    विदेशी या I-94 संख्या | कार्ड की संख्या या पासपोर्ट की संख्या
    SEVIS ID अथवा अवधि समाप्त होने की तारीख (वैकल्पिक) | अन्य (वर्ग का कोड या जारीकर्ता देश)
    a. क्या आप अमरीका में 1996 से रह रहे हैं? ◯ हाँ ◯ नहीं
    b. क्या आप, या आपकी पत्नी/पति या माता/पिता, अमरीकी सेना का सेवानिवृत्त या सक्रिय-ड्यूटी सदस्य है? ◯ हाँ ◯ नहीं

14. क्या आप पिछले 3 महीनों के चिकित्सा बिलों का भुगतान करने में सहायता चाहते हैं? ◯ हाँ ◯ नहीं

15. क्या आप 19 वर्ष से कम आयु के कम-से-कम एक बच्चे के साथ रहते हैं, तथा क्या आप इस बच्चे की देखभाल करने वाले मुख्य व्यक्ति हैं? (यदि आप या आपकी पत्नी/पति इस बच्चे की देखभाल करते हैं तो "हाँ" का चयन करें। ◯ हाँ ◯ नहीं
    आपके साथ आपके घर में रहने वाले 19 वर्ष से कम आयु के किन्हीं बच्चों के नामों और संबंधों के बारे में हमें बताएं:

16. क्या आप पूर्ण-कालिक विद्यार्थी हैं? ◯ हाँ ◯ नहीं

17. क्या आप 18 वर्ष या इससे अधिक आयु में पालक (foster) देखरेख में थे? ◯ हाँ ◯ नहीं

अगले पृष्ठ पर जारी

वैकल्पिक: (यह जानकारी प्रदान करने से पात्रता, योजना विकल्प या लागत पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।)

जो लागू हो, उन सभी को भरें।

19. जाति:
◯ श्वेत ◯ अश्वेत या अफ्रीकन अमरीकन ◯ अमेरिकन इंडियन या अलास्का के निवासी ◯ फिलिपिनो ◯ जापानी ◯ कोरियाई ◯ एशियाई भारतीय ◯ चीनी
◯ वियतनामी ◯ अन्य एशियाई ◯ मूल हवाई वासी ◯ गुआमेनियन या चमोरो ◯ सामोआन ◯ अन्य प्रशांतीय द्वीपवासी ◯ अन्य

एक प्रतक्रिया चुनें.

20. जन्म के समय निर्दिष्ट लिंग (आपके जन्म प्रमाण पत्र पर पाया जा सकता है):
◯ महिला ◯ पुरुष ◯ अन्य: ◯ पता नहीं ◯ जवाब नहीं देना पसंद

21. वर्तमान लिंग:
◯ महिला ◯ पुरुष ◯ ट्रांसजेंडर महिला ◯ ट्रांसजेंडर महिला ◯ एक अलग शब्द: ◯ पता नहीं ◯ जवाब नहीं देना पसंद

22 .यौन रुझान:
◯ उभयलिंगी ◯ लेस्बियन या समलैंगिक ◯ सीधा (समलैंगिक या समलैंगिक नहीं) ◯ एक अलग शब्द: ◯ पता नहीं ◯ जवाब नहीं देना पसंद

चरण 2: व्यक्ति 1 (स्वयं से जारी रखें।)

मौजूदा नौकरी और आय की सूचना

◯ **नौकरी-पेशा:** यदि आप वर्तमान में नौकरी-पेशा हैं, तो हमें अपनी आय के बारे में बताएं। प्रश्न 23 से आरंभ करें।

◯ **नौकरी-पेशा नहीं है:** प्रश्न 33 पर जाएं।

◯ **स्व-नियोजित:** प्रश्न 32 पर जाएं।

मौजूदा नौकरी 1:

23. नियोक्ता का नाम

a. नियोक्ता का पता (वैकल्पिक)

b. शहर	c. राज्य	d. ज़िप कोड	24. नियोक्ता का फोन नंबर
			( ) -

25. वेतन/बख्शीश (टैक्सों से पहले) $ ◯ प्रति घंटा ◯ साप्ताहिक ◯ प्रत्येक 2 सप्ताह ◯ माह में दो बार ◯ मासिक रूप से ◯ वार्षिक रूप से

26. प्रत्येक सप्ताह में किए जाने वाले काम के औसत घंटे

मौजूदा नौकरी 2: (यदि आपके पास अतिरिक्त जॉब हैं और आपको अधिक स्थान चाहिए, तो एक अन्य कागज़ नत्थी करें।)

27. नियोक्ता का नाम

a. नियोक्ता का पता (वैकल्पिक)

b. शहर	c. राज्य	d. ज़िप कोड	28. नियोक्ता का फोन नंबर
			( ) -

29. वेतन/बख्शीश (टैक्सों से पहले) $ ◯ प्रति घंटा ◯ साप्ताहिक ◯ प्रत्येक 2 सप्ताह ◯ माह में दो बार ◯ मासिक रूप से ◯ वार्षिक रूप से

30. प्रत्येक सप्ताह में किए जाने वाले काम के औसत घंटे

31. **पिछले वर्ष, क्या आपने:** ◯ नौकरियाँ बदली थीं ◯ काम करना बंद किया था ◯ कुछ ही घंटों तक काम करना शुरू किया ◯ इनमें से कोई नहीं

32. **यदि स्व-नियोजित हैं, तो a और b के उत्तर दें:**

a. काम का प्रकार:

b. इस स्व-रोजगार से आपको इस माह कुल कितनी आय (कारोबारी खर्चों का भुगतान करने के बाद बचे लाभ) होगी? निर्देशों पर जाएँ। $

अगले पृष्ठ पर जारी

33. **इस माह आपको होने वाली अन्य आय:** जो लागू हो, उन सभी को भरें, तथा राशि बताएं और आप अक्सर इसे कब प्राप्त करते हैं। यदि कोई न हो, तो यहाँ भरें। ◯
ध्यान दें: आपको बाल सहायता, पूर्व सैनिक भुगतानों, या अनुपूरक सुरक्षा आय (SSI)से होने वाली आय के बारे में हमें बताने की जरूरत **नहीं** है।

◯ बेरोजगार
$ ______ कितनी बार? ______

◯ प्राप्त गुज़ारा धनराशि (**नोट करें:** केवल 1/1/2019 से पहले तलाक के लिए अंतिम निर्णय लिया गया।)
$ ______ कितनी बार? ______

◯ पेंशन
$ ______ कितनी बार? ______

◯ निवल कृषि/मछली-पालन
$ ______ कितनी बार? ______

◯ सामाजिक सुरक्षा
$ ______ कितनी बार? ______

◯ निवल किराया/रॉयल्टी
$ ______ कितनी बार? ______

◯ सेवानिवृत्ति के खाते
$ ______ कितनी बार? ______

◯ अन्य आय, प्रकार ______
$ ______ कितनी बार? ______

34. **कटौतियाँ:** जो लागू हो, उन सभी को भरें, तथा राशि बताएं और आप कितनी बार इसका भुगतान करते हैं। यदि आप उन कुछ खास चीजों के लिए भुगतान करते हैं जिनकी कटौती संघीय आयकर विवरणी से की जा सकती है तो उनके बारे में हमें बताने से स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के खर्च में थोड़ी कमी आ सकती है।
आपके द्वारा भुगतान की जाने वाली बाल सहायता, या शुद्ध स्व-रोज़गार (प्रश्न 32b) के आपके उत्तर में पहले से ही विचार की गई लागत को शामिल न करें।

◯ दी गई गुजारा धनराशि (**नोट करें:** केवल 1/1/2019 से पहले तलाक के लिए अंतिम निर्णय लिया गया।)
$ ______ कितनी बार? ______

◯ अन्य कटौतियाँ, प्रकार: ______
$ ______ कितनी बार? ______

◯ विद्यार्थी ऋण पर ब्याज
$ ______ कितनी बार? ______

35. **इस प्रश्न को तब पूरा करें यदि आपकी आय वर्ष के दौरान बदल जाती है,** जैसे कि यदि आप केवल वर्ष के कुछ भाग के लिए नौकरी करते हैं या कुछ महीनों के लिए लाभ प्राप्त करते हैं, तो इस प्रश्न को पूरा करें। यदि आपको अपनी मासिक आय में बदलावों की आशा नहीं है, तो अगले व्यक्ति पर जाएं। ➡

इस वर्ष आपकी कुल आय
$ ______

अगले वर्ष आपकी कुल आय (यदि आपके विचार से इसमें बदलाव होगा)
$ ______ ◯ भरें अगर आपको लगता है कि आपकी आय का अनुमान लगाना मुश्किल होगा।

धन्यवाद! आपके बारे में बस यही सब जानना हमारे लिए जरूरी है।.

चरण 2: व्यक्ति 2

ध्यान दें: यदि इस व्यक्ति को स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा की आवश्यकता नहीं है, तो इस पृष्ठ पर दिए 1-10 तक के प्रश्नों के ही उत्तर दें। यदि आपके घर में 2 से अधिक लोग हैं, तो पृष्ठ 5-7 की प्रति बना लें।

अपनी पत्नी/पति/पार्टनर और अपने साथ रहने वाले बच्चों के लिए, और/या आपकी ही संघीय आयकर विवरणी, यदि आप दर्ज कराते हैं, पर दर्ज किसी व्यक्ति के लिए इस पृष्ठ को भरें। यदि आप टैक्स रिटर्न फ़ाइल नहीं करते हैं, तो याद रखें कि आपके साथ रहने वाले हाउसहोल्ड सदस्यों को भी जोड़ें। शामिल किए जाने वाले व्यक्ति के बारे में अधिक जानकारी के लिए पृष्ठ 1 देखें।

1. प्रथम नाम | मध्य नाम | अंतिम नाम | प्रत्यय

2. व्यक्ति 1 के साथ संबंध? निर्देशों पर जाएँ।

3. क्या व्यक्ति 2 विवाहित है? ○ हाँ ○ नहीं

4. जन्म-तिथि (माह/दिन/वर्ष)

5. लिंग ○ महिला ○ पुरुष

6. सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSN)

यदि आप व्यक्ति 2 के लिए स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा चाहते हैं, और व्यक्ति 2 के पास SSN है, तो हमारे लिए यह जरूरी है।

7. क्या व्यक्ति 2 उसी पते पर रहता है जिस पर व्यक्ति 1 रहता है? ○ हाँ ○ नहीं

यदि नहीं, तो पता बताएं:

8. **क्या व्यक्ति 2 का अगले वर्ष संघीय आयकर विवरणी दाखिल करने का इरादा है?** (यदि व्यक्ति 2 संघीय आयकर विवरणी दाखिल नहीं कराता है, तो भी आप बीमा सुरक्षा के लिए आवेदन कर सकते हैं।)

○ **हाँ। यदि हाँ,** तो कृपया a-c तक के प्रश्नों के उत्तर दें। ○ **नहीं। यदि नहीं,** तो प्रश्न छोड़कर c पर जाएं।

a. क्या व्यक्ति 2 पत्नी/पति के साथ संयुक्त रूप से रहेगा? ○ हाँ ○ नहीं

यदि हाँ, तो पत्नी/पति का नाम लिखें:

b. क्या व्यक्ति 2 अपनी कर विवरणी पर किसी आश्रितजनों का दावा करेगा? ○ हाँ ○ नहीं

यदि हाँ, तो आश्रितों का/के नाम लिखें:

c. क्या व्यक्ति 2 का दावा किसी अन्य की आयकर विवरणी पर आश्रितजन के रूप में किया जाएगा? ○ हाँ ○ नहीं

यदि हाँ, तो कर फ़ाइलर का नाम सूचीबद्ध करें: | व्यक्ति 2 का टैक्स दाखिल कराने वाले व्यक्ति के साथ क्या संबंध है?

9. क्या व्यक्ति 2 गर्भवती है? ○ हाँ ○ नहीं a. **यदि हाँ,** तो इस गर्भावस्था के दौरान कितने बच्चे होने की संभावना है?

10. **क्या व्यक्ति 2 को स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा की जरूरत है?** (यदि व्यक्ति 2 के पास बीमा सुरक्षा हो, तो भी बेहतर बीमा सुरक्षा या कम खर्च वाला कोई कार्यक्रम हो सकता है।)

○ **हाँ। यदि हाँ,** तो नीचे दिए गए सभी प्रश्नों के उत्तर दें। ○ **नहीं। यदि नहीं,** तो प्रश्नों को छोड़कर पृष्ठ 5 पर दिए आय संबंधी प्रश्नों पर जाएं। इस पृष्ठ के शेष भाग को खाली छोड़ दें।

11. क्या व्यक्ति 2 किसी ऐसी शारीरिक, मानसिक, या भावनात्मक स्वास्थ्य दशा से पीड़ित है जिसके कारण गतिविधियों (जैसे स्नान करना, कपड़े पहनना, रोजमर्रा के काम, आदि) में रुकावट होती है या वह किसी चिकित्सा सुविधा-केन्द्र या नर्सिंग होम में रहता है? ○ हाँ ○ नहीं

12. क्या व्यक्ति 2 **अमरीकी नागरिक** या **अमरीका का** राष्ट्रिक है? ○ हाँ ○ नहीं

13. क्या व्यक्ति 2 **नागरिक बनाया गया व्यक्ति** है या **व्युत्पन्न नागरिक** है? (आमतौर पर इसका अर्थ है कि उसका जन्म अमरीका से बाहर हुआ था)

○ **हाँ। यदि हाँ,** तो a और b को पूरा करें। ○ **नहीं। यदि नहीं,** तो प्रश्न 14 पर जारी रखें।

a. विदेशी संख्या | b. प्रमाण-पत्र की संख्या

a और b को पूरा करने के बाद, प्रश्न 15 पर जाएं।

14. यदि व्यक्ति 2 **अमरीकी नागरिक** या **अमरीकी राष्ट्रिक** नहीं है, तो क्या उसके पास प्रवसन की पात्र स्थिति है? ○ **हाँ।** दस्तावेज का प्रकार और पहचान संख्या दर्ज करें। निर्देशों पर जाएँ।

प्रवसन के दस्तावेज का प्रकार: | स्थिति का प्रकार (वैकल्पिक): | व्यक्ति 2 का नाम उसी प्रकार लिखें जैसा उसके प्रवसन दस्तावेज पर लिखा है।

विदेशी या I-94 संख्या | कार्ड की संख्या या पासपोर्ट की संख्या

SEVIS ID अथवा अवधि समाप्त होने की तारीख (वैकल्पिक) | अन्य (वर्ग का कोड या जारीकर्ता देश)

a. क्या व्यक्ति 2 अमरीका में 1996 से रह रहा है? ○ हाँ ○ नहीं

b. क्या व्यक्ति 2, या व्यक्ति 2 की पत्नी/पति या माता/पिता अमरीकी सेना का सेवानिवृत्त या सक्रिय-ड्यूटी सदस्य है? ○ हाँ ○ नहीं

15. क्या व्यक्ति 2 पिछले 3 महीनों के चिकित्सा बिलों का भुगतान कराना चाहता है? ○ हाँ ○ नहीं

16. क्या व्यक्ति 2 कम-से-कम एक ऐसे बच्चे के साथ रहता है जिसकी आयु 19 वर्ष से कम है, तथा क्या व्यक्ति 2 इस बच्चे की देखभाल करने वाला मुख्य व्यक्ति है? (यदि व्यक्ति 2 या उसकी पत्नी/पति इस बच्चे की देखभाल करते हैं, तो "हाँ" का चयन करें।) ○ हाँ ○ नहीं

17. हमें व्यक्ति 2 के साथ उसके घर में रहने वाले 19 वर्ष से कम आयु के किन्हीं बच्चों के नाम और संबंध बताएं: (ये वही बच्चे हो सकते हैं जो पृष्ठ 2 पर सूचीबद्ध हैं।)

क्या व्यक्ति 2, 18 वर्ष इससे अधिक आयु में पालक (foster) देखरेख में था? ○ हाँ ○ नहीं

यदि व्यक्ति 2 की आयु 22 वर्ष या इससे कम है, तो इन प्रश्नों के उत्तर दें:

18. क्या व्यक्ति 2 के पास किसी नौकरी के माध्यम से बीमा था तथा उसने पिछले 3 महीने के भीतर इसे खो दिया? ○ हाँ ○ नहीं

a. **यदि हाँ,** तो समाप्ति की तारीख: | b. बीमा समाप्त होने का कारण:

19. क्या व्यक्ति 2 पूर्ण-कालिक विद्यार्थी है? ○ हाँ ○ नहीं

अगले पृष्ठ पर जारी

वैकल्पिक: (यह जानकारी प्रदान करने से पात्रता, योजना विकल्प या लागत पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।)

जो लागू हो, उन सभी को भरें।

21. जाति:
◯ श्वेत ◯ अश्वेत या अफ्रीकन अमरीकन ◯ अमेरिकन इंडियन या अलास्का के निवासी ◯ फिलिपिनो ◯ जापानी ◯ कोरियाई ◯ एशियाई भारतीय ◯ चीनी
◯ वियतनामी ◯ अन्य एशियाई ◯ मूल हवाई वासी ◯ गुआमेनियन या चमोरो ◯ सामोआन ◯ अन्य प्रशांतीय द्वीपवासी ◯ अन्य

एक प्रतिक्रिया चुनें.

22. जन्म के समय निर्दिष्ट लिंग (व्यक्ति 2 के जन्म प्रमाण पत्र पर पाया जा सकता है):
◯ महिला ◯ पुरुष ◯ अन्य: ◯ पता नहीं ◯ जवाब नहीं देना पसंद

23. वर्तमान लिंग:
◯ महिला ◯ पुरुष ◯ ट्रांसजेंडर महिला ◯ ट्रांसजेंडर महिला ◯ एक अलग शब्द: ◯ पता नहीं ◯ जवाब नहीं देना पसंद

24 .यौन रुझान:
◯ उभयलिंगी ◯ लेस्बियन या समलैंगिक ◯ सीधा (समलैंगिक या समलैंगिक नहीं) ◯ एक अलग शब्द: ◯ पता नहीं ◯ जवाब नहीं देना पसंद

चरण 2: व्यक्ति 2

हमें व्यक्ति 2 को मिलने वाली किसी आय के बारे में बताएं।
इस पृष्ठ को भरें, चाहे व्यक्ति 2 को स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा की ज़रूरत न भी हो।

मौजूदा नौकरी और आय की सूचना

◯ **नौकरी-पेशा:** यदि व्यक्ति 2 वर्तमान में नौकरी-पेशा है, तो हमें उसकी आय के बारे में बताएं। प्रश्न 25 से आरंभ करें।

◯ **नौकरी-पेशा नहीं है:** प्रश्न 35 पर जाएं।

◯ **स्व-नियोजित:** प्रश्न 34 पर जाएं।

मौजूदा नौकरी 1:

25. नियोक्ता का नाम

a. नियोक्ता का पता (वैकल्पिक)

b. शहर | c. राज्य | d. ज़िप कोड | 26. नियोक्ता का फोन नंबर ( ) -

27. वेतन/बख्शीश (टैक्सों से पहले) $
◯ प्रति घंटा ◯ साप्ताहिक ◯ प्रत्येक 2 सप्ताह
◯ माह में दो बार ◯ मासिक रूप से ◯ वार्षिक रूप से

28. प्रत्येक सप्ताह में किए जाने वाले काम के औसत घंटे

मौजूदा नौकरी 2: (यदि व्यक्ति 2 के पास अधिक नौकरियाँ हैं, तो अलग-से कागज़-पत्र नत्थी करें।)

29. नियोक्ता का नाम

a. नियोक्ता का पता (वैकल्पिक)

b. शहर | c. राज्य | d. ज़िप कोड | 30. नियोक्ता का फोन नंबर ( ) -

31. वेतन/बख्शीश (टैक्सों से पहले) $
◯ प्रति घंटा ◯ साप्ताहिक ◯ प्रत्येक 2 सप्ताह
◯ माह में दो बार ◯ मासिक रूप से ◯ वार्षिक रूप से

32. प्रत्येक सप्ताह में किए जाने वाले काम के औसत घंटे

33. **पिछले वर्ष क्या व्यक्ति 2:** ◯ नौकरियाँ बदली थीं ◯ काम करना बंद किया था ◯ कुछ ही घंटों तक काम करना शुरू किया ◯ इनमें से कोई नहीं

34. **यदि व्यक्ति 2 स्व-नियोजित है, तो a और b पूरा करें:**

a. काम का प्रकार:

b. व्यक्ति 2 इस माह इस स्व-रोजगार से कितनी निवल आय (कारोबारी व्यय अदा कर देने के बाद लाभ) प्राप्त करेगा? $
निर्देशों पर जाएँ.

अगले पृष्ठ पर जारी

35. **व्यक्ति 2 को इस माह होने वाली अन्य आय:** लागू हो, उस सभी को भरें, तथा राशि बताएं तथा व्यक्ति 2 कितनी बार इसे प्राप्त करता है। यदि कोई न हो, तो यहाँ भरें। ◯ **ध्यान दें:** आपको व्यक्ति 2 को बाल सहायता, पूर्व सैनिक भुगतानों, या अनुपूरक सुरक्षा आय (SSI) से होने वाली आय के बारे में बताने की जरूरत नहीं है।

◯ बेरोजगार
$ ______ कितनी बार? ______

◯ प्राप्त गुज़ारा धनराशि (**नोट करें:** केवल 1/1/2019 से पहले तलाक के लिए अंतिम निर्णय लिया गया।)
$ ______ कितनी बार? ______

◯ पेंशन
$ ______ कितनी बार? ______

◯ निवल कृषि/मछली-पालन
$ ______ कितनी बार? ______

◯ सामाजिक सुरक्षा
$ ______ कितनी बार? ______

◯ निवल किराया/रॉयल्टी
$ ______ कितनी बार? ______

◯ सेवानिवृत्ति के खाते
$ ______ कितनी बार? ______

◯ अन्य आय, प्रकार ______
$ ______ कितनी बार? ______

36. **कटौतियाँ:** जो लागू हो, उस सभी को भरें, तथा राशि बताएं तथा व्यक्ति 2 कितनी बार इसे प्राप्त करता है। यदि व्यक्ति 2 उन कुछ खास चीजों के लिए भुगतान करता है जिनकी कटौती संघीय आयकर विवरणी से की जा सकती है, तो उनके बारे में हमें बताने से स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के खर्च में थोड़ी कमी आ सकती है।
व्यक्ति 2 द्वारा भुगतान की जाने वाली बाल सहायता, या शुद्ध स्व-रोज़गार (प्रश्न 34b) के उत्तर में पहले से ही विचार की गई लागत को शामिल न करें।

◯ दी गई गुजारा धनराशि (**नोट करें:** केवल 1/1/2019 से पहले तलाक के लिए अंतिम निर्णय लिया गया।)
$ ______ कितनी बार? ______

◯ विद्यार्थी ऋण पर ब्याज
$ ______ कितनी बार? ______

◯ अन्य कटौतियाँ, प्रकार:
______
$ ______ कितनी बार? ______

37. **इसे तभी पूरा करें यदि व्यक्ति 2 की आय वर्ष के दौरान बदल जाती है,** जैसे यदि व्यक्ति 2 वर्ष के कुछ हिस्से में ही नौकरी पर काम करता है या कुछ खास महीनों के लाभ प्राप्त करता है। यदि व्यक्ति 2 को अपनी मासिक आय में बदलाव की उम्मीद नहीं है, तो अगले व्यक्ति पर जाएँ। ➡

इस वर्ष व्यक्ति 2 की कुल आय
$ ______

अगले वर्ष व्यक्ति 2 की कुल आय
$ ______

◯ भरें अगर आपको लगता है कि आपकी आय का अनुमान लगाना मुश्किल होगा।

धन्यवाद! हमें व्यक्ति 2 के बारे में बस यही सब जानने की जरूरत है

चरण 3: अमेरिकन इंडियन या अलास्का का मूल निवासी (AI/AN) परिवार का(के) सदस्य

1. **क्या आप या आपके परिवार से कोई और अमेरिकन इंडियन या अलास्का का मूल निवासी है?**
○ **नहीं। यदि नहीं,** तो चरण 4 पर जारी रखें।. ○ **हाँ। यदि हाँ,** तो चरण 2 पर जारी रखें, इसके साथ ही परिशिष्ट B को भरें और आवेदन के साथ संलग्न करें।

चरण 4: आपके परिवार की स्वास्थ्य कभरेज

1. **क्या इस आवेदन-पत्र में किसी को पिछले 90 दिनों में मेडिकेड या बाल स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (CHIP) के लिए पात्र नहीं पाया गया?**
(केवल उस स्थिति में हाँ चुनें यदि किसी को आपके राज्य द्वारा इस बीमा सुरक्षा (कवरेज) के लिए पात्र न पाया गया हो, न कि Marketplace द्वारा।)................................ ○ हाँ ○ नहीं०
कौन? तारीख:
या, क्या किसी को पिछले 5 वर्षों में इस आवेदन-पत्र में उसके प्रवास दर्जे के कारण मेडिकेड या CHIP के लिए पात्र नहीं पाया गया था? .... ○ हाँ ○ नहीं
कौन?
क्या इस आवेदन पर किसी ने मार्केटप्लेस ओपन एनरोलमेंट अवधि के दौरान कवरेज के लिए आवेदन किया था या एक योग्य जीवन घटना के बाद? .... ○ हाँ ○ नहीं
कौन?

2. **क्या इस आवेदन में वर्णित किसी व्यक्ति को किसी नौकरी की ओर से स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा की पेशकश की गई है?** हाँ के उत्तर पर सही का निशान लगाएं, चाहे बीमा सुरक्षा किसी और व्यक्ति, जैसे माता/पिता या पत्नी/पति, की नौकरी से ही हो, चाहे वे बीमा सुरक्षा को स्वीकार न करें। यदि केवल COBRA की कवरेज प्रस्तुत की गई है, तो जांच नहीं करें।
○ **हाँ।** जारी रखें और इसके बाद परिशिष्ट A भरें। क्या ○ **नहीं।**
यदि हां हैं, तो क्या यह राज्य कर्मचारी लाभ योजना है? .... ○ हाँ ○ नहीं
क्या प्रस्तुत की गई एप्लिकेशन में सूचीबद्ध कोई व्यक्ति का एक व्यक्तिगत स्वास्थ्य प्रतिपूर्ति व्यवस्था (HRA) का कवरेज या एक योग्य लघु नियोक्ता HRA (QSEHRA) है?.. ○ हाँ ○ नहीं

3. **क्या अब कोई स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा में नामांकित है?**
○ **हाँ। यदि हाँ,** तो प्रश्न 4 पर जारी रखें। ○ **नहीं। यदि नहीं,** तो चरण 5 पर चले जाएं।

4. **वर्तमान स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के बारे में सूचना।** (यदि 2 से अधिक लोगों के पास अब स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा हो, तो इस पृष्ठ की प्रति बनाएं।)
tबीमा सुरक्षा का प्रकार लिखें, जैसे नियोक्ता का बीमा, कोबरा, मेडिकेड, चिप, मेडिकेयर, ट्राईकेयर, VA स्वास्थ्य देखरेख कार्यक्रम, पीस कोर्प्स, अथवा अन्य।
(यदि आपके पास डायरेक्ट केयर या लाइन ऑफ ड्यूटी है, तो हमें ट्राईकेयर के बारे में न बताएं।)

व्यक्ति 1:

स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा में नामांकित व्यक्ति का नाम

बीमा सुरक्षा का प्रकार:
○ नियोक्ता संबंधी बीमा ○ कोबरा (COBRA) ○ मेडिकेड (Medicaid) ○ चिप (CHIP) ○ मेडिकेयर (Medicare) ○ ट्राईकेयर (TRICARE)
○ VA स्वास्थ्य देखरेख कार्यक्रम ○ पीस कोर्प्स ○ अन्य

यदि यह नियोक्ता का बीमा है: (आपके लिए परिशिष्ट A को भरना भी जरूरी होगा।)
स्वास्थ्य बीमा कंपनी का नाम | पॉलिसी/ID संख्या

यदि यह किसी और प्रकार की बीमा सुरक्षा है: ○ इसे उस स्थिति में भरें यदि यह Marketplace स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा हो।
स्वास्थ्य बीमा कंपनी का ना | पॉलिसी/ID संख्या

क्या यह कोई सीमित-लाभ योजना है, जैसे स्कूल दुर्घटना पॉलिसी?.. ○ हाँ ○ नहीं

व्यक्ति 2:

स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा में नामांकित व्यक्ति का नाम

बीमा सुरक्षा का प्रकार:
○ नियोक्ता संबंधी बीमा ○ कोबरा (COBRA) ○ मेडिकेड (Medicaid) ○ चिप (CHIP) ○ मेडिकेयर (Medicare) ○ ट्राईकेयर (TRICARE)
○ VA स्वास्थ्य देखरेख कार्यक्रम ○ पीस कोर्प्स ○ अन्य

यदि यह नियोक्ता का बीमा है: (आपके लिए परिशिष्ट A को भरना भी जरूरी होगा।)
स्वास्थ्य बीमा कंपनी का नाम | पॉलिसी/ID संख्या

यदि यह किसी और प्रकार की बीमा सुरक्षा है: ○ इसे उस स्थिति में भरें यदि यह Marketplace स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा हो।
स्वास्थ्य बीमा कंपनी का ना | पॉलिसी/ID संख्या

क्या यह कोई सीमित-लाभ योजना है, जैसे स्कूल दुर्घटना पॉलिसी?.. ○ हाँ ○ नहीं

क्या आप मतदान के लिए पंजीकरण करने के बारे में जानकारी चाहते हैं? (वैकल्पिक)
○ हाँ ○ नहीं ○ उत्तर नहीं देना चाहते
आप **Vote.gov** पर अपने राज्य के लिए जानकारी, पंजीकरण की समय-सीमा और संसाधन प्राप्त कर सकते हैं।

चरण 5: आपका करार और हस्ताक्षर

1. **क्या आप मार्केटप्लेस को अगले 5 वर्ष तक टैक्स विवरणियों से प्राप्त सूचना सहित आय के डेटा का उपयोग करने की अनुमति देने के लिए सहमत हैं?**......... ◯ हाँ ◯ नहीं

   भावी वर्षों में बीमा सुरक्षा के भुगतान में सहायता के लिए आपकी पात्रता का निर्धारण अधिक आसान बनाने के लिए, आप मार्केटप्लेस को टैक्स विवरणियों से प्राप्त सूचना सहित नवीनतम आय डेटा का उपयोग करने की अनुमति देने के लिए सहमति दे सकते हैं। मार्केटप्लेस आपको नोटिस भेजेगा और आपको कोई बदलाव करने देगा। मार्केटप्लेस यह सुनिश्चित करने के लिए जाँच करेगा कि क्या आप अभी भी पात्र हैं तथा उसे यह साबित करने के लिए आपसे पूछना पड़ सकता है कि आपकी आय अभी भी पात्र है या नहीं। आप किसी भी समय बाहर निकल सकते हैं।

   यदि नहीं, तो मेरी सूचना को स्वत: ही अगले चरण में नवीनतम रूप दे दें: ◯ 5 वर्ष ◯ 4 वर्ष ◯ 3 वर्ष ◯ 2 वर्ष ◯ 1 वर्ष

   ◯ स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के भुगतान में सहायता के लिए मेरी पात्रता का नवीकरण करने के लिए मेरे टैक्स के डेटा का उपयोग न करें (इस विकल्प को चुनने से नवीकरण कराने पर बीमा सुरक्षा के लिए भुगतान करने में सहायता प्राप्त करने की आपकी योग्यता प्रभावित हो सकती है)।

2. **क्या इस आवेदन पर स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन करने वाला कोई व्यक्ति कैद है (नज़रबंद या जेल में है)?** .... ◯ हाँ ◯ नहीं

   यदि हाँ, तो हमें व्यक्ति का नाम बताएं। कैद व्यक्ति का नाम यह है: ____________________

   ◯ यदि यह व्यक्ति आरोपों की स्थिति का सामना कर रहा है तो इसे भरें ।

यदि आपके आवेदन पर किसी को भी मार्केटप्लेस कवरेज में नामांकित किया गया है और बाद में अन्य योग्य स्वास्थ्य कवरेज (जैसे मेडिकेयर, मेडिकेड या CHIP) पाया जाता है, तो मार्केटप्लेस स्वचालित रूप से अपने मार्केटप्लेस प्लान कवरेज को समाप्त कर देगा। इससे यह सुनिश्चित करने में मदद मिलेगी कि जिस किसी के पास अन्य योग्य कवरेज है, वह मार्केटप्लेस कवरेज में नामांकित नहीं रहेगा और उसे पूरी कीमत चुकानी होगी।

◯ मैं इस स्थिति में अपने आवेदन पर मार्केटप्लेस को लोगों के मार्केटप्लेस कवरेज को समाप्त करने की अनुमति देने के लिए सहमत हूं।

◯ मैं इस स्थिति में मार्केटप्लेस कवरेज को समाप्त करने के लिए मार्केटप्लेस को अनुमति नहीं देता। मैं समझता हूं कि मेरे आवेदन पर प्रभावित लोग अब वित्तीय मदद के पात्र नहीं होंगे और उन्हें अपने मार्केटप्लेस प्लान की पूरी कीमत चुकानी होगी।

यदि इस आवेदन पर दर्ज कोई व्यक्ति मेडिकेड के लिए पात्र है:

- मैं मेडिकेड एजेन्सी को अन्य स्वास्थ्य बीमा, कानूनी निपटारों, या अन्य तीसरे पक्षकारों से खोज-बीन करने और धन प्राप्त करने के अपने अधिकार दे रहा/रही हूँ। मैं मेडिकेड एजेन्सी को पति/पत्नी या माता/पिता से चिकित्सा सहायता की पूछताछ करने और प्राप्त करने के अधिकार भी दे रहा/रही हूँ।
- क्या इस आवेदन पर कोई ऐसा बच्चा दर्ज है जिसके माता/पिता घर से बाहर रह रहे हैं?........................ ◯ हाँ ◯ नहीं
- यदि हाँ, तो मैं जानता/जानती हूँ कि मुझसे अनुपस्थित माता/पिता से चिकित्सा सहायता की उगाही करने वाली एजेन्सी के साथ सहयोग करने के लिए कहा जाएगा। यदि मेरे विचार से चिकित्सा सहायता की उगाही में सहयोग करने से मुझे या मेरे बच्चों को हानि पहुँचती है, तो मैं मेडिकेड को बता सकता/सकती हूँ और हो सकता है कि मुझे सहयोग न करना पड़े।
- मैं इस आवेदन पर झूठी गवाही के दण्ड के अधीन हस्ताक्षर कर रहा/रही हूँ, जिसका अर्थ है कि मैंने अपने पूर्ण ज्ञान के अनुसार इस फॉर्म में दिए सभी प्रश्नों के सही उत्तर दिए हैं। मैं जानता/जानती हूँ कि यदि मैं जान-बूझकर गलत या झूठी सूचना देता/देती हूँ तो मुझे संघीय कानून के अधीन दण्डित किया जा सकता है।
- मैं जानता/जानती हूँ कि मेरे द्वारा इस आवेदन पर लिखी गई सूचना में कोई परिवर्तन (और इससे भिन्नता होने पर) होने पर मुझे 30 दिन के भीतर स्वास्थ्य बीमा मार्केटप्लेस को बताना होगा। मैं किसी भी परिवर्तन की रिपोर्ट करने के लिए HealthCare.gov के यहाँ जा सकता/सकती हूँ या **1-800-318-2596** को कॉल कर सकता/सकती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मेरी सूचना में कोई भी परिवर्तन मेरी और मेरे घर के सदस्य(यों) की पात्रता को प्रभावित कर सकता है।
- मैं जानता/जानती हूँ कि संघीय कानून के अंतर्गत जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, लिंग, आयु, यौन रुचि, लिंग की पहचान, या अपंगता के आधार पर भेदभाव की अनुमति नहीं है। मैं HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint पर जाकर भेदभाव की शिकायत दर्ज करा सकता/सकती हूँ।
- मैं जानता/जानती हूँ कि इस फॉर्म पर दी गई सूचना का उपयोग केवल स्वास्थ्य कवरेज के लिए मेरी पात्रता का निर्धारण करने, बीमा सुरक्षा का भुगतान करने में सहायता करने (यदि अनुरोध किया जाए) के लिए, और मार्केटप्लेस के वैध उद्देश्यों तथा बीमा सुरक्षा के भुगतान में सहायक कार्यक्रमों के लिए किया जाएगा।

यदि आप आवेदन करने का निर्णय करते हैं, तो हमें स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के भुगतान में सहायता के लिए आपकी पात्रता की जाँच करने के लिए इस सूचना की आवश्यकता है। हम अपने इलेक्ट्रॉनिक डेटाबेसों तथा आंतरिक राजस्व सेवा (IRS), सामाजिक सुरक्षा, घरेलू सुरक्षा विभाग, और/या ग्राहक रिपोर्टिंग एजेन्सी के डेटाबेसों में दी गई सूचना के उपयोग से आपके उत्तरों की जाँच करेंगे। यदि सूचना मेल नहीं खाती है, तो हम आपसे पुष्टीकरण भेजने के लिए कह सकते हैं।

यदि मुझे लगता है कि मेरी पात्रता सूचना गलत है तो मुझे क्या करना चाहिए?

आपके आवेदन पर कार्रवाई के बाद आपको मेल में एक पात्रता सूचना मिलेगी। यदि अनेक मामलों में, आप अपनी पात्रता से सहमत नहीं होते हैं, तो आप अपील की मांग कर सकते हैं। अपने हाउसहोल्ड में अपनी पात्रता सूचना में विशिष्ट से प्रत्येक व्यक्ति को खोजने के लिए समीक्षा करें, जो कवरेज के लिए आवेदन करते है, जिसने एक अपील का अनुरोध करने के लिए कितने दिन है वो शामिल है। अपील का अनुरोध करते समय विचार करने योग्य महत्वपूर्ण सूचना यहाँ दी गई है:

- यदि आप चाहें, तो आप किसी और व्यक्ति से अपनी अपील में अनुरोध या भागीदारी करवा सकते हैं। वह व्यक्ति मित्र, रिश्तेदार, वकील, या कोई अन्य व्यक्ति हो सकता है। अथवा, आप स्वयं अपनी अपील का अनुरोध और इसमें भागीदारी कर सकते हैं।
- यदि आप अपील का अनुरोध करते/करती हैं, तो आप अपनी अपील लंबित रहने तक बीमा सुरक्षा के लिए अपनी पात्रता बरकरार रख सकते हैं।
- अपील का परिणाम आपके घर के अन्य सदस्यों की पात्रता में बदलाव ला सकता है।

अपने मार्केटप्लेस पात्रता परिणामों के संबंध में अपील करने के लिए, HealthCare.gov/marketplace-appeals/. पर जाएं। या मार्केटप्लेस कॉल सेंटर को **1-800-318-2596** पर फोन करें। TTY प्रयोक्ता **1-855-889-4325** पर कॉल कर सकते हैं। आप अपील के अनुरोध का फॉर्म या अपील का अनुरोध करने वाला अपना स्वयं का पत्र **Health Insurance Marketplace,** Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 को डाक द्वारा भी भेज सकते हैं। आप उस स्थिति में मार्केटप्लेस, नामांकन अवधियों, टैक्स के क्रेडिटों, लागत-साझेदारी की कटौतियों, मेडिकेड, और चिप के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा खरीदने के लिए पात्रता के संबंध में अपील कर सकते हैं, यदि आपको इनके लिए मना कर दिया गया हो। यदि आप टैक्स के क्रेडिटों या लागत-साझेदारी की कटौतियों के लिए पात्र हैं, तो आप हमारे द्वारा निर्धारित आपकी पात्रता के अनुसार धनराशि की अपील कर सकते हैं। अपनी स्थिति के आधार पर, आप मार्केटप्लेस माध्यम से अपील कर सकते हैं, या आपको राज्य मेडिकेड या चिप एजेन्सी में अपील करने का अनुरोध करना पड़ सकता है।

व्यक्ति 1 को इस आवेदन पर हस्ताक्षर करने चाहिए। यदि आप प्राधिकृत प्रतिनिधि हैं, तो आप व्यक्ति 1 द्वारा परिशिष्ट C पर हस्ताक्षर करने पर यहां हस्ताक्षर कर सकते हैं।

हस्ताक्षर	हस्ताक्षर करने की तारीख (माह/दिन/वर्ष)
→	

यदि आप खुले नामांकन (1 नवंबर और 15 जनवरी के बीच) के बाहर इस आवेदन पर हस्ताक्षर कर रहे हैं, तो परिशिष्ट D ("जीवन के परिवर्तनों से संबंधित प्रश्न") की समीक्षा

चरण 6: भरा गया आवेदन डाक द्वारा भेजें

अपने हस्ताक्षर किए गए आवेदन को डाक द्वारा इस पते पर भेजें:

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

अंग्रेज़ी के सिवाए किसी अन्य भाषा में सहायता प्राप्त करना

यदि आपके, या आप द्वारा सहायता किए जा रहे किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य बीमा मार्केटप्लेस के बारे में प्रश्न हैं, तो आपके पास अपनी भाषा में मुफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिए यानी इंटरप्रेटर से बात करने के लिए **1-800-318-2596** पर फोन करें।

इसमें उपलब्ध भाषाओं और उन भाषाओं में ऊपर प्रदान किए गए समान संदेश की सूची दी गई है:

Español (Spanish)

Si usted o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, tiene derecho a obtener ayuda e información gratis en su idioma. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu quý vị, hoặc ai đó đang được quý vị giúp đỡ, có câu hỏi về Health Insurance Marketplace®, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace®)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجانا. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace®), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace®, tumawag sa 1-800-318-2596.

PRA प्रकटीकरण का कथन: 1995 के कागज़ी काम में कटौती अधिनियम (Paperwork Reduction Act) अनुसार किसी भी व्यक्ति से तब तक सूचना के एकत्रण का उत्तर देना अपेक्षित नहीं होगा, जब तक कि यह वैध OMB नियंत्रण संख्या प्रदर्शित न करे। इस सूचना एकत्रण की वैध OMB नियंत्रण संख्या 0938-1191 है। सूचना के इस एकत्रण को पूरा करने के लिए अपेक्षित समय, अनुदेशों की समीक्षा करने, मौजूदा डेटा स्रोतों की खोज करने, आवश्यक डेटा एकत्र करने, तथा सूचना एकत्र करने को पूरा करने और समीक्षा करने के समय सहित अनुमानत: औसतन 45 मिनट प्रति उत्तर है। यदि समय के अनुमान(नों) की सटीकता के संबंध में आपकी कोई टिप्पणियाँ या इस फॉर्म में सुधार करने के लिए सुझाव हैं, तो कृपया निम्नलिखित को लिखें: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

अंग्रेज़ी के सिवाए किसी अन्य भाषा में सहायता प्राप्त करना (जारी)

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace®), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace® (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d’obtenir de l’aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d’assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace®“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કૉલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

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

Italiano (Italian)

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

日本語 (Japanese)

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

PRA प्रकटीकरण का कथन: 1995 के कागज़ी काम में कटौती अधिनियम (Paperwork Reduction Act) अनुसार किसी भी व्यक्ति से तब तक सूचना के एकत्रण का उत्तर देना अपेक्षित नहीं होगा, जब तक कि यह वैध OMB नियंत्रण संख्या प्रदर्शित न करे। इस सूचना एकत्रण की वैध OMB नियंत्रण संख्या 0938-1191 है। सूचना के इस एकत्रण को पूरा करने के लिए अपेक्षित समय, अनुदेशों की समीक्षा करने, मौजूदा डेटा स्रोतों की खोज करने, आवश्यक डेटा एकत्र करने, तथा सूचना एकत्र करने को पूरा करने और समीक्षा करने के समय सहित अनुमानत: औसतन 45 मिनट प्रति उत्तर है। यदि समय के अनुमान(नों) की सटीकता के संबंध में आपकी कोई टिप्पणियाँ या इस फॉर्म में सुधार करने के लिए सुझाव हैं, तो कृपया निम्नलिखित को लिखें: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

पूरा नहीं करें। यह केवल जानकारी के उद्देश्य के लिए है।

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

परिशिष्ट A: नौकरियों के जरिए मिलने वाली स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा

आपको इन प्रश्नों का तब तक उत्तर देने की जरूरत **नहीं** है जब तक कि घर में कोई व्यक्ति नौकरी के जरिए मिलने वाली स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा का पात्र न हो, चाहे वह बीमा सुरक्षा को स्वीकार न करें। आपको इन प्रश्नों के उत्तर देने की आवश्यकता नहीं है यदि किसी को केवल COBRA प्रस्तुत की जाती है। बीमा सुरक्षा की पेशकश देने वाली प्रत्येक नौकरी के लिए इस पृष्ठ की कॉपी संलग्न करें।

बीमा सुरक्षा की पेशकश करने वाली नौकरी के बारे में हमें बताएं।

पृष्ठ की प्रति बनाएं और इसे बीमा सुरक्षा की पेशकश करने वाले नियोक्ता के पास ले जाएं जिससे आपको इन प्रश्नों के उत्तर देने में सहायता मिले।

कर्मचारी की सूचना

1. कर्मचारी का नाम (प्रथम, मध्यम, अंतिम)
2. कर्मचारी की सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSN)

नियोक्ता की सूचना

3. नियोक्ता/कम्पनी का नाम।
4. नियोक्ता की पहचान संख्या (EIN)
5. नियोक्ता का फोन नंबर

अब, उस व्यक्ति या विभाग की सूचना दर्ज करें जो कर्मचारी लाभों का प्रबन्ध करता है। हम अतिरिक्त सूचना की आवश्यकता होने पर इस व्यक्ति से संपर्क कर सकते हैं:

6. वह व्यक्ति या विभाग जिससे हम कर्मचारी स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के बारे में बात कर सकते हैं
7. नियोक्ता का पता (Marketplace इस पते पर नोटिस भेज सकता है)
8. शहर
9. राज्य
10. ज़िप कोड
11. फोन संख्या (यदि ऊपर वाले अलग हो)
12. ई-मेल पता

13. क्या कर्मचारी को इस नियोक्ता द्वारा स्वास्थ्य कवरेज प्रस्तुत की जाती है? केवल “हां” का चयन करें यदि उनके पास अगले महीने की शुरूआत से या 1 जनवरी से कवरेज का एक ऑफर होगा, यदि मुक्त नामांकन के दौरान प्रयोग करते हैं, तो (1 नवंबर - 15 जनवरी)।

◯ **हाँ** (जारी रखें) ◯ **नहीं** (**नियोक्ता:** रुकें और यह फॉर्म कर्मचारी को लौटाएं।
कर्मचारी: Marketplace बीमा सुरक्षा के लिए अपना आवेदन-पत्र लौटाएं।)

क्या नियोक्ता ऐसे स्वास्थ्य प्लैन की पेशकश करता है जो इस कर्मचारी की पत्नी/पति या आश्रित(तों) को बीमा सुरक्षा प्रदान करता हो?

◯ **हाँ। यदि हाँ,** तो कौन-से लोग? ◯ पत्नी/पति ◯ आश्रित ◯ **नहीं** (प्रश्न 14 पर जाएं।)

कर्मचारी के घर में किसी ऐसे अन्य व्यक्ति का नाम लिखें जो इस नौकरी से मिलने वाली बीमा सुरक्षा के लिए पात्र हो।

नाम

नाम

नाम

अगले पृष्ठ पर जारी

पूरा नहीं करें। यह केवल जानकारी के उद्देश्य के लिए है।

हमें इस नियोक्ता द्वारा पेशकश की जाने वाली स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के बारे में बताएं।

14. क्या नियोक्ता ऐसे स्वास्थ्य प्लैन की पेशकश करता है, जो न्यूनतम मूल्य के मानक पर खरा उतरता हो*?
◯ **हाँ** (प्रश्न 15 पर जाएं।) ◯ **नहीं** (रुकें और यह फॉर्म कर्मचारी को लौटाएं।)

15. कर्मचारी को **केवल न्यूनतम मूल्य के मानक पर खरी उतरने वाले कर्मचारी** को पेशकश किए गए सबसे कम खर्च के प्लैन के लिए कितना भुगतान करना पड़ेगा*? परिवार के प्लैनों को शामिल न करें।

a. कर्मचारी यह प्रीमियम अदा करेगा: **$**

ध्यान दें: वह सबसे कम राशि दर्ज करें जिसका भुगतान कर्मचारी स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा के लिए कर सकता है।

b. कर्मचारी इस राशि का भुगतान करेगा: ◯ साप्ताहिक ◯ प्रत्येक 2 सप्ताह ◯ माह में दो बार ◯ महीने में एक बार ◯ तिमाही रूप से ◯ वार्षिक रूप से

16. **अगर प्रश्न 13 के लिए घर के अन्य सदस्य सूचीबद्ध हैं:** कर्मचारी स्वयं और प्रश्न 13 में सूचीबद्ध घर के सदस्यों को कवर करने वाली सबसे कम लागत की योजना के लिए कितना भुगतान करेगा? अगर रोज़गारदाता भलाई कार्यक्रमों की पेशकश करता है, तो वह प्रीमियम दर्ज करें जो कर्मचारी भुगतान करेगा अगर उसे किसी तंबाकूकोशी छोड़ने के कार्यक्रम पर अधिकतम छूट मिले और भलाई कार्यक्रमों के आधार पर कोई और छूट न मिले।

a. कर्मचारी यह प्रीमियम अदा करेगा: **$**

b. कर्मचारी इस राशि का भुगतान करेगा: ◯ साप्ताहिक ◯ प्रत्येक 2 सप्ताह ◯ माह में दो बार ◯ महीने में एक बार ◯ तिमाही रूप से ◯ वार्षिक रूप से

*कोई स्वास्थ्य प्लैन न्यूनतम मूल्य मानक पर तब खरा उतरता है यदि यह मानक जनसंख्या की चिकित्सा सेवाओं के कुल खर्च के कम-से-कम 60% का भुगतान करता है तथा अस्पताल और डॉक्टर की सेवाओं की व्यापक बीमा सुरक्षा की पेशकश करता है। अधिकतर नौकरी-आधारित प्लैन न्यूनतम मूल्य मानक पर खरे उतरते हैं।

परिशिष्ट B

पूरा नहीं करें। यह केवल जानकारी के उद्देश्य के लिए है।

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

परिशिष्ट C: इस आवेदन को भरने में सहायता

आवेदन के केवल प्रमाणित सलाहकारों, संचालकों, एजेन्टों, और दलालों के लिए

इस खण्ड को उस स्थिति में भरें यदि आप किसी अन्य के लिए यह आवेदन भर रहे प्रमाणित आवेदन सलाहकार, नेवीगेटर, एजेन्ट, या दलाल हैं।

1. आवेदन के आरंभ होने की तारीख (माह/दिन/वर्ष)

2. प्रथम नाम, मध्य नाम, अंतिम नाम, और प्रत्यय

3. संगठन का नाम

4. पहचान संख्या (यदि लागू हो)

5. केवल एजेन्ट/दलाल: NPN संख्या

आप किसी प्राधिकृत प्रतिनिधि का चुनाव कर सकते हैं।

आप अपने आवेदन के बारे में सूचना प्राप्त करने और आपकी ओर से आपके आवेदन पर हस्ताक्षर करने सहित इस आवेदन के बारे में हमसे बात करने, अपनी सूचना देखने, तथा इस आवेदन से संबंधित मामलों पर आपके लिए कार्य करने के लिए किसी विश्वसनीय व्यक्ति को अनुमति दे सकते हैं। यह व्यक्ति "प्राधिकृत प्रतिनिधि" कहलाता है। यदि आपको कभी अपना प्राधिकृत प्रतिनिधि बदलने या उसे हटाने की जरूरत पड़ती है, तो मार्केटप्लेस से संपर्क करें। यदि आप इस आवेदन पर दर्ज किसी व्यक्ति के कानूनी रूप से प्राधिकृत प्रतिनिधि हैं, तो आवेदन के साथ सबूत जमा करें।

1. प्राधिकृत प्रतिनिधि का नाम (प्रथम नाम, मध्य नाम, अंतिम नाम)

2. पता

3.घर का पता 2

4. शहर

5. राज्य

6. ज़िप कोड

7. फोन नंबर

8. संगठन का नाम

9. पहचान संख्या (यदि लागू हो)

हस्ताक्षर करके, आप इस व्यक्ति को अपने आवेदन पर हस्ताक्षर करने, इस आवेदन के बारे में आधिकारिक सूचना प्राप्त करने, तथा इस आवेदन के संबंध में सभी भावी मामलों पर आपके लिए कार्य करने की अनुमति देते हैं।

10. इस आवेदन पर सूचीबद्ध व्यक्ति 1 के हस्ताक्षर

11. हस्ताक्षर करने की तारीख (माह/दिन/वर्ष)

पूरा नहीं करें। यह केवल जानकारी के उद्देश्य के लिए है।

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

परिशिष्ट D: जीवन के परिवर्तनों के बारे में प्रश्न

(आपको इस पृष्ठ के साथ इस आवेदन का शेष भाग अनिवार्य रूप से भरना होगा। केवल यही पृष्ठ न जमा करें।)

यदि इस एप्लिकेशन पर किसी ने कुछ जीवन में बदलाव का अनुभव किया है - जैसे स्वास्थ्य कवरेज खोना, शादी करना, या पिछले 60 दिनों में एक बच्चा होना (या अगले 60 दिनों में उम्मीद है), इस पृष्ठ को भरें और इसे अपने पूर्ण, हस्ताक्षर एप्लिकेशन के साथ शामिल करें। जीवन के कुछ खास परिवर्तनों के कारण आपको मार्केटप्लेस के माध्यम से मिलने वाली आपकी बीमा सुरक्षा तुरंत आरंभ हो जाती है। यदि आप मुक्त नामांकन के बाहर लागू कर रहे हैं, तो हम आपको इन प्रश्नों के उत्तर देने की अनुशंसा करते हैं (1 नवंबर - 15 जनवरी)।

ये प्रश्न वैकल्पिक हैं। यदि आपके जीवन की परिस्थितियाँ नहीं बदली हैं, तो आप उत्तरों को खाली छोड़ सकते हैं। आप मेडिकेड और बच्चों के स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (CHIP) में वर्ष में किसी भी समय नामांकन करा सकते हैं, चाहे आपको जीवन में परिवर्तन अनुभव न भी हों। संघीय रूप से मान्यता प्राप्त जनजातियों के सदस्य और अलास्का के मूल निवासी अंशधारक वर्ष में किसी भी समय मार्केटप्लेस के जरिए बीमा सुरक्षा में नामांकन करा सकते हैं।

हमें अपने घर में होने वाले परिवर्तनों के बारे में बताएं।

1. क्या किसी ने पिछले 60 दिनों में स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा की पात्रता खो दी है, या अगले 60 दिनों में पात्र स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा खोने की आशा है?

नाम	बीमा सुरक्षा समाप्त होने या भविष्य में समाप्त होने की तारीख (माह/दिन/वर्ष)
	/ /

2. क्या पिछले 60 दिन के भीतर किसी का विवाह हुआ है?

नाम	तारीख (माह/दिन/वर्ष)
	/ /

a. क्या इनमें से किसी व्यक्ति को पिछले 60 दिनों में किसी भी समय पात्र स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा मिली थी? ○ हाँ ○ नहीं

यदि हाँ, तो उसका नाम (उनके नाम) यहाँ दर्ज करें:

3. क्या पिछले 60 दिनों में कोई कैद (नज़रबंद या जेल) से रिहा हुआ है?

नाम	तारीख (माह/दिन/वर्ष)
	/ /

4. क्या किसी को पिछले 60 दिनों में प्रवसन की स्थिति की पात्रता मिली है?

नाम	तारीख (माह/दिन/वर्ष)
	/ /

5. क्या पिछले 60 दिनों में किसी को गोद लिया गया है, गोद लेने के लिए प्रस्तुत किया गया है, या पालक (foster) देखरेख के लिए प्रस्तुत किया गया है?

नाम	तारीख (माह/दिन/वर्ष)
	/ /

6. क्या पिछले 60 दिनों में कोई बाल सहायता या न्यायालय के किसी अन्य आदेश के कारण आश्रित बना है?

नाम	तारीख (माह/दिन/वर्ष)
	/ /

7. क्या पिछले 60 दिन के भीतर कोही मुभ हुआ है?

नाम	स्थान बदलने की तारीख (माह/दिन/वर्ष)
	/ /

a.आपके पिछले पते का ज़िप कोड क्या है? ○ यदि आपने किसी बाहरी देश या अमरीकी इलाके से स्थानांतरण किया है, तो यहाँ भरें।

b. क्या इनमें से किसी व्यक्ति को पिछले 60 दिनों में किसी भी समय पात्र स्वास्थ्य बीमा सुरक्षा मिली थी? ○ हाँ ○ नहीं

यदि हाँ, तो उसके (उनके) नाम नीचे दर्ज करें:

नाम

क्या आपको आवेदन के संबंध में सहायता चाहिए? HealthCare.gov पर जाएं या हमें **1-800-318-2596** पर कॉल करें। यदि आपको अंग्रेजी के सिवाए किसी अन्य भाषा में सहायता चाहिए, तो **1-800-318-2596** पर कॉल करें और ग्राहक सेवा प्रतिनिधि को वह भाषा बताएं जिसमें आपको सहायता चाहिए। हम आपको मुफ्त सहायता दिलाएंगे। TTY प्रयोक्ता **1-855-889-4325** पर कॉल कर सकते हैं।