

Form Approved OMB No. 0938-1213

طلب للتغطية الصحية والمساعدة في دفع التكاليف

HealthCare.gov قدم أسرع عن طريق الإنترنت على موقع



- استخدم هذا الطلب لترى ما هي التغطية التي تتأهل
- ائتمتان ضريبي جديد يمكنه أن يساعدك في الحال على دفع أقساط التأمين الخاصة بك للتغطية تغطية مجانية أو منخفضة التكلفة من برنامج Medicaid (ميديكيد) وبرنامج التأمين الصحي

خطط تأمين صحى خاصة في متناولك تقدم تغطية شاملة تساعدك على البقاء بصحة جيدة.

- يمكنك التأهل لبرنامج مجاني أو منخفض التكلفة، حتى إذا كنت تكسب 97,200 دولار في السنة (السرة مكونة من 4 أفراد).
- من يمكنه استخدام هذا الطلب؟
- استخدم هذا الطلب للتقديم لأى فرد في عائلتك.

للأطفال (CHIP) (تشيب).

- قدم حتى لو كان طفلك لديه تغطية صحية بالفعل. يمكن أن تكون مؤهل لتغطية أقل تكلفة أو
 - إذا كنت بمفردك، يمكنك استخدام استمارة مختصرة. قم بزيارة HealthCare.gov
- يمكن للعائلات التي تضم مهاجرين أن تتقدم. يمكنك التقديم لطفلك حتى لو لم تكن أنت مؤ هلا للتغطية. لن يؤثر التقديم على حالة هجرتك أو فرصك في أن تصبح مقيم دائم أو مواطن.
 - إذا كان هناك شخص ما يساعدك على استكمال هذا الطلب، قد تحتاج إلى استكمال ملحق C.
 - أرقام الضمان الاجتماعي (أو أرقام الوثيقة لأي مهاجرين مؤهلين يحتاجون إلى تغطية). ما الذي تحتاج أن تقدم
 - معلومات عن صاحب العمل والدخل لكل فرد في عائلتك (مثلًا، من كشوف الرواتب، أو استمارات 2-W، أو بيان الأجور والبيان الضريبي).
 - أرقام بوليصة التأمين لأي تأمين صحى حالى.
 - معلومات عن تأمين صحى مرتبط بالوظيفة متاح لعائلتك.
- لماذا نطلب منك هذه

نحن نطلب منك معلومات حول الدخل و غير ها من المعلومات لنخبرك بالتغطية التي تتأهل لها وإذا ما كان بإمكانك أن تحصل على أي مساعدة في دفع تكاليفها. **سوف نحتفظ بكل معلوماتك في إطار** من الأمان والسرية حسبما يقتضيه القانون. لمطالعة بيان قانون الخصوصية، قم بزيارة موقع HealthCare.gov أو انظر التعليمات.

ما الذي يحدث في الخطوة

أرسل طلبكِ مكتمل وموقع إلى العنوان الموجود في صفحة 7. إذا لم يكن لديك كل المعلومات التي نطلبها، وقع على طلبك وسلمه على أي حال. سوف نتابع معك خلال 2-1 أسبوع، وسوف تتلقى اتصالًا من سوق التأمين الصحي إذا احتجنا إلى المزيد من المعلومات. سوف تحصل على خطاب تحديد التأهل في البريد بعد معالجة طلبك. إذا لم يصلك رد منا، اتصل على مركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحى. إن استكمال هذا الطلب لا يعني أنه عليك أن تشتري تغطية صحية.

- عن طريق الإنترنت: HealthCare.gov
- عن طريق الهاتف: اتصل بمركز الاتصال النابع لسوق التأمين الصحي على الرقم: -318-800-1 2596. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 4325-889-1-855-1.
- شخصيًا: قد يكون هناك مستشارين في منطقتك يمكنهم مساعدتك. قم بزيارة موقع HealthCare.gov، أو الاتصال بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على هاتف 1-800-318-2596 لمزيد من المعلومات.
- **لغات أخرى:** إذا احتجت إلى مساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية، يرجى الاتصال على هاتف 2596-318-800-1 وأخبر ممثل خدمة العملاء اللغة التي تريدها. سوف نأتي لك بالمساعدة بدون أي تكلفة عليك.

لديك الحق في الحصول على المعلومات في هذا المنتج بصيغة مختلفة. لديك الحق أيضًا في رفع شكوى إذا كنت تشعر أنك تعرضت لتفرقة. قم بزيارة -www.cms.gov/about-cms/agency Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html ، أو الاتصال بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحى على هاتف 2596-318-800-1 لمزيد من المعلومات. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 4325-889-855-1. احصل على مساعدة في



يُرجى الطباعة بأحرف كبيرة باستخدام حبر أسود أو أزرق داكن فقط الملأ الدوائر (○) بهذا الشكل ← ●.

خطوة رقم 1: أخبرنا عن نفسك.

			كون جهة اتصال لطلبك.)	(نحتاج إلى فرد بالغ في العائلة لي
اللقب	الاسم الأخير		الاسم الأوسط	1.الاسم الأول
3. رقم الشقة أو الجناح			ك منزل.)	2.عنوان المنزل (اتركه فارغًا إذا لم يكن لديا
7. المقاطعة، أو الدائرة، أو البلدة	 الرمز البريدي 	5. الولاية		4. المدينة
9.رقم الشقة أو الجناح			ن المنزل)	 العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن عنوا
13. المقاطعة، أو الدائرة، أو البلدة	12. الرمز البريدي	11. الولاية		10. المدينة
	15. رقم هاتف ليلي			14. رقم هاتف نهاري
(-		()	-
<u></u>		ي؟	ذا الطلب عن طريق البريد الإليكترون	16. ل تريد الحصول على معلومات حول ه
				عنوان البريد الإليكتروني:
			ي لغة الكتابة المفضلة لديك؟	17. ما هي لغة الحديث المفضلة لديك؟ ما ه

خطوة رقم 2: أخبرنا عن عائلتك.

ما الذي تحتاج إلى تضمينه في هذا الطلب؟

استكمل صفحات الخطوة رقم 2 لكل فرد في عانلتك وبيتك، حتى إذا كان هذا الفرد لديه تغطية صحية بالفعل. تساعدنا المعلومات الواردة في هذا الطلب على التأكد من أن كل فرد يحصل على أفضل تغطية يمكنه أن يحصل عليها. إنّ كمية المساعدة أو نوع البرنامج الذي تتأهل له يتوقف على عدد الأفراد الموجودين في عانلتك ودخولهم. إذا لم تدرج شخص ما، حتى لو كان لديه تغطية صحية، فإن نتائج تأهلك يمكن أن تتأثر.

بالنسبة للبالغين الذين يحتاجون إلى تغطية:

أدرج هؤلاء الأشخاص حتى لو لم يتقدموا التغطة الصحية بأنفسهم:

- · أي زوج/زوجة
- أي ابن أو ابنه تحت سن 21 سنة يعيشون معك، بما في ذلك ابن الزوج/الزوجة
- أي شخص آخر على نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي (بما في ذلك أي أطفال فوق سن 21 سنة المفترض وجودهم في إقرار الدخل الضريبي للوالدين). أنت
 لا تحتاج إلى أن تتقدم بالضرائب لتحصل على تغطية صحية.

بالنسبة للأطفال تحت سن 21 سنة الذين يحتاجون إلى تغطية:

أدرج هؤلاء الأشخاص حتى لو لم يتقدوا للتغطة الصحية بأنفسهم:

- أي والد (أو والد زوج/زوجة) يعيشون معك
 - أي أشقاء يعيشون معك
- أي ابن أو ابنه يعيشون معك، بما في ذلك ابن الزوج/الزوجة
- أي شخص آخر في نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي أنت لا تحتاج إلى أن تتقدم بالضرائب لتحصل على تغطية صحية.

استكمل خطوة 2 لكل شخص في عائلتك.

ابدأ بنفسك، ثم أضف البالغين الآخرين والأطفال. إذا كان لديك أكثر من فردين في عائلتك، سوف تحتاج إلى عمل نسخة من الصفحات وإرفاقها.

لن تحتاج إلى تقديم حالة الهجرة أو رقم الضمان الاجتماعي لأفراد العائلة الذين لا يحتاجون إلى تغطية صحية. سوف نحتفظ بكل معلوماتك في إطار من الأمان والسرية حسبما يقتضيه القانون. سوف نستخدم المعلومات الشخصية فقط لنتحقق ما إذا كانت مؤهلاً للتغطية الصحية أم لا.



خطوة رقم 2: شخص رقم 1 (ابدأ بنفسك.)

استكمل خطوة رقم 2 عن نفسك، وعن زوجك والأطفال الذين يعيشون معك، و/أو أي شخص في نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي إذا قدمت واحد. انظر صفحة 1 لمزيد من المعلومات حول الأشخاص الذين ينبغي إدراجهم. إذا لم تتقدم بإقرار ضريبي، تذكر أنه لا يزال عليك أن تدرج أفراد العائلة الذين يعيشون

		اللقب		م الأخير	الاس	سم الأوسط	λl	معت. 1.الاسم الأول
		5.الجنس		اريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	i.4	. هل أنت متزوج	3	2.العلاقة بالشخص 1
) أنثى	نکر 🔘				نعم 🔘 لا		نفسه
						<u> </u>]	6. رقم الضمان الاجتماعي (SSN)
				ك الحصول على واحد. نحن نستخدم أرقام الضما				
بالضمان	او الانصال	SOCIAISE	ecurity.go	الحصول على رقم الضمان الاجتماع، قم بزيارة <u>/</u> : 1-800-325-0778	حناج إلى مساعدة في T الاتصال على الرقد	ليه الصحيه. إدا كنت بـ بي الهاتف النصبي TY	عدة في الدفع مقابل النغط -800-1. يمكن لمستخده	المعلومات لنرى من هو مؤهل للمسا الاجتماعي على هاتف 1213-772
				لو لم تتقدم بإقرار ضريبي على الدخل الفدرالي.				
				 د، تخطى هذا السؤال إلى السؤال c 			c - a إجابة الأسئلة من	نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى
A 🔘	🔾 نعم							 a. هل ستتقدم بشكل مشترك مع ز
								إذا كانت الإجابة بنعم، اكتب اسم ال
A 🔘	🔾 نعم					ك؟		b. هل تطالب بأي معالين على الإقر
								إذا كانت الإجابة بنعم، أدرج اسم (
A 🔘	🔘 نعم							c. هل سيطالب بك كمعال على الإ
				ملاقتك بالمتقدم بالإقرار الضريبي؟:	ما هي د	ىرىبى:	ح اسم المتقدم بالإقرار الض	ذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى إدراج
	ا الحمل؟	قعين أثناء ها	د الأطفال المتو	نعم (لا a إ ذا كانت الإجابة بنعم ، كم عد)			8 هل أنت حامل؟
				في التغطية أو أقل في التكاليف.	ن هناك بر نامج أفضل	تغطية صحية، فقد بكور	محية؟ حتى لو كان لدبك	9. هل أنت بحاجة للحصول على تغطية ص
	ارغًا. 🗘	ذه الصفحة ف). اترك باقي ها	ي	~			نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، أجب على
			-	حمام، واللبس، والأعمال الروتينية، إلخ.)			أو عقلية، أو عاطفية	10. هل تعاني من حالة صحية بدنية،
	🔘 نعم						ين؟	أو الحياه في مرفق طبي أو بيت مسن
λ 🔘	🔘 نعم							11. هل أنت من مواطني الولايات المتحد
				م 13.				12. هل أنت مواطن بالتجنيس أو الاشتقا ○ نعم إذا كانت الإجابة بنعم، استكمل a
	تخطى إلى	کمل a و b،	بعد أن تست		شهادة:	b. رقم الن		a. رقم الإقامة:
		. '	سؤال 14					
				لمستندورقمالهوية انظر التعليمك.	ا نعم أنخل نوع	أنت مؤ هل لحالة هجرة؟	ى الجنسية الأمريكية، هل	13 إذا لم تكن مواطن أمريكي أو حاصل علم
				فة الهجرة.	ك كما يظهر على وثب	اكتب اسما	نوع الحالة (اختياري)	نوع وثيقة الهجرة
				طاقة أو رقم جواز السفر	رقم الب			رقم الإقامة أو رقم 94-I
				(كود الفئة أو بلد الإصدار)	أخرى		فتياري)	هوية نظام SEVIS أو تاريخ الانتهاء (الم
λ ○ λ ○	() نعم نعم					شط في الخدمة العسكر بـ		a. هل أقمت في الولايات المتحدة منذ 96 b هل أنت، أو زوجك أو أبيك، من المحا
N O								14. هل تريد مساعدة في دفع فواتير الرح
7 O	, –			؟ (اختر "نعم" إذا كنت أنت أو زوجتك تعتني بهذ	الذي تعتن يهذا الطفا			<u> </u>
4 🔾	~ .		(، (احدر عم إدا ست الت أو روجت علي .و				16. أخبرنا عن أسماء الأطفال الذين تحت
					., 0.	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		5 5
A 🔘	🔘 نعم			ي سن 18 أو أكبر؟	كنت في دار حضانة ا	الا 18. هل ١	معن 🔾 نعم	17. هل أنت طالب بنظام دوام كامل؟
ری	، من دولة أخ	ې 🔘 أسيوي	ميني 🔾 فيتنامي	ني 🧅 ياباني 🔘 كوري 🔘 هندي أسيوي 🔘 🗅	مريكي أفريقي 🔘 فلبر	ي أفريقي ۞ أسود أو أ	ض ۞ أسود أو أمريكم	ختياري: 20. السلالة: ○أبيد
				من ساكني جزر المحيط الهاديء 🔘 أخرى	11 O 11. 1:	أم تشاميده 🔘 ساميا	الأدابين ﴿ خَالِينَا	(املأ كل ما ينطبق.) نواطني هاو اي



خطوة رقم 2: شخص رقم 1 (واصل مع نفسك.)

				الدخل	الوظيفة الحالية & معلومات
	 يعمل لحسابه الخاص: تخطى إلى سؤال 30. 	وظف: لمى إلى سؤال 31.		ى ابدأ بسؤال 21.	موظف: إذا كانت موظف حاليًا، أخيرنا عن دخلك
					الوظيفة الحالية 1:
					21.اسم صاحب العمل
		_		_	a.عنوان صاحب العمل
	رقم هاتف صاحب العمل	رمز البريدي 22.	c.الولاية ال.ال		.b
()	-				
	متوسط عدد ساعات العمل كل أسبوع	€ كل 2 أسبوع 24.	کل أسبوع	🔵 كل ساعة	23.الأجور/الحوافز(قبل الضرائب)
		🔾 سنويًا	🔵 شهريًا	مرتين في الشهر	\$
	(، أرفق صفحة أخرى من الورق.	إلى المزيد من المساحة	ك وظائف إضافية وتحتاج	الوظيفة الحالية 2: (إذا كان لديا
					25.اسم صاحب العمل
					a. عنوان صاحب العمل
					33
	رقم هاتف صاحب العمل	رمز البريدي 26.	c.الولاية D.ال		b.المدينة
()	-				
	متوسط عدد ساعات العمل كل أسبوع		کل أسبوع	🔾 كل ساعة	27.الأجور/الحوافز (قبل الضرائب)
	_	سنويًا	🔵 شهريًا	مرتين في الشهر	\$
	سىق	ل الساعات أقل الله الله الله الله الله الله الله ال	ن العمل 🔵 بدء العما	يير الوظيفة 🔵 التوقف ع	29. في العام الماضي، هل قمت بـ: () تغ
	سبق	لساعات أقل 🕥 لا شيء مما	ن العمل 🔵 بدء العما 		30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و o
				:k	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d a. نوع العمل:
	سبق			:k	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و o
	\$	، هذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شي:	ذي سوف تحصل عليه مز - و عدد مرات حصولك عا	 ا: جرد دفع تكاليف المشروع) الد ملأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ 	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d a. نوع العمل: b. ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح بم الشهر؟ انظر التعليمات. 31. دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر: ال
جمل عليه؟	\$. ن. ن ابي.	، هذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شي: ربين القدامي، أو دخل الضمان النكم	ذي سوف تحصل عليه مز - و عدد مرات حصولك عا	 النف المشروع) الدين المشروع الدين المبلغ الذي تحصل عليه من دعم الدين تحصل عليه من دعم الدين المسلخ 	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d a. نوع العمل: d. ما هو مقدار صافى الدخل (الأرباح به الشهر؟ انظر التعليمات. 31. دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر: الم ملاحظة: لا تحتاج إلى أن تخبرنا حول الدخل
حصل عليه؟	۶. ن. الحي.	ر هذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املأ هذا إذا كانت الإجابة لا شي. ربين القدامي، أو دخل الضمان التكمر النفقة المتلقاه	ذي سوف تحصل عليه مز - و عدد مرات حصولك عا	 ا: جرد دفع تكاليف المشروع) الدملاً ملأكل ما ينطبق، وقدم المبلغ الذي تحصل عليه من دعم المعلم كم مرة تحصل عليه؟ 	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d a. نوع العمل: b. ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح به الشهر؟ انظر التعليمات. c. دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر: الم ملاحظة: لا تحتاج إلى أن تخيرنا حول الدخل غير موظف عير موظف \$ عير موظف
حصل عليه؟	 لبي. 	، هذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شي: ربين القدامي، أو دخل الضمان النكم	ذي سوف تحصل عليه مز - و عدد مرات حصولك عا	 النف المشروع) الدين المشروع الدين المبلغ الذي تحصل عليه من دعم الدين تحصل عليه من دعم الدين المسلخ 	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d a. نوع العمل: d. ما هو مقدار صافى الدخل (الأرباح به الشهر؟ انظر التعليمات. 31. دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر: الم ملاحظة: لا تحتاج إلى أن تخبرنا حول الدخل
	\$	ر هذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شي. ربين القدامي، أو دخل الضمان التكم	ذي سوف تحصل عليه مز - و عدد مرات حصولك عا	 ا: جرد دفع تكاليف المشروع) الدملاً ملأكل ما ينطبق، وقدم المبلغ الذي تحصل عليه من دعم المعلم كم مرة تحصل عليه؟ 	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d a. نوع العمل: b. ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح به الشهر؟ انظر التعليمات. c. دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر: الم ملاحظة: لا تحتاج إلى أن تخيرنا حول الدخل غير موظف عير موظف \$ عير موظف
حصل عليه؟ حصل عليه؟	\$	ر هذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شي: يبن القدامي، أو دخل الضمان التكمين النفقة المتلقاه صافي الزراعة/الصيد صافي الإيجار/الإتاوات	ذي سوف تحصل عليه مز - و عدد مرات حصولك عا	ا: جرد دفع تكاليف المشروع) الد ملأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ الذي تحصل عليه من دعم ال كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d a. نوع العمل: b. ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح به الشهر؟ انظر التطيمات. 31. دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر: المملحظة: لا تحتاج إلى أن تخبرنا حول الدخل غير موظف المعاش
حصل علیه؟ حصل علیه؟ حصل علیه؟	\$	به هذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شي: يبن القدامي، أو دخل الضمان التكمي النفقة المتلقاه صافي الزراعة/الصيد صافي الإيجار/الإتاوات حدل آخر	ذي سوف تحصل عليه من وعد مرات حصولك على المحاولة على المحاولة على المحاولة على المحاولة المحا	ا: جرد دفع تكاليف المشروع) الد ملأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ الذي تحصل عليه من دعم ال كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d
حصل علیه؟ حصل علیه؟ حصل علیه؟	\$	به هذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شي: يبن القدامي، أو دخل الضمان التكمي النفقة المتلقاه صافي الزراعة/الصيد صافي الإيجار/الإتاوات حدل آخر	ذي سوف تحصل عليه من وعد مرات حصولك على المحاولة على المحاولة على المحاولة على المحاولة المحا	ا: جرد دفع تكاليف المشروع) الد ملأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ الذي تحصل عليه من دعم ال كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d a. نوع العمل: b. ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح به الشهر؟ انظر التعليمات. 31. دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر: المملخلة: لا تحتاج إلى أن تخبرنا حول الدخل غير موظف المعاش الضمان الاجتماعي
حصل علیه؟ حصل علیه؟ حصل علیه؟	 	يه. العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املاً هنا إذا كانت الإجابة لا شي: يبن القدامي، أو دخل الضمان التكميد صافي الزراعة/الصيد صافي الإيجار/الإتاوات النوع: يبنة يمكن استقطاعها في إقرار ضر ين صافي العمل لحسابك (سوال 30)	ذي سوف تحصل عليه مرا وعدد مرات حصولك علا المحاول على المحاول المحاول المحاول المحاول المحاول المحاول المعاول	ا: جرد دفع تكاليف المشروع) الد ملأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ الذي تحصل عليه من دعم ال كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d
حصل عليه؟ حصل عليه؟ حصل عليه؟ كن أن يجعل تكلفة التغطية الصحية	 	يه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شي: يه. املأ هنا إذا كانت الإجابة لا شي: يين القدامي، أو دخل الضمان التكميد عافي الزراعة/الصيد عافي الإيجار/الإتاوات النوع: يمكن امتقطاعها في إقرار ضر	ذي سوف تحصل عليه من وعدد مرات حصولك على المحاول على المحاول على المحاول المحاول المحاول المحاول المداول المدا	ا: جرد دفع تكاليف المشروع) الد ملأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ كم مرة تحصل عليه؟	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d . فرع العمل: d. ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح بم الشهر؟ انظر التعليمات. 31. دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر: الممعلمة: لا تحتاج إلى أن تخبرنا حول الدخل غير موظف \$ المعاش \$ الضمان الاجتماعي \$ حسابات التقاعد \$ حسابات التقاعد \$ المستقطاعات: املاً كل ما ينطبق، وقدم الله فل قليلاً. ملاحظة: لا ينبغي أن تدرج دعم الد
حصل عليه؟ حصل عليه؟ حصل عليه؟ كن أن يجعل تكلفة التغطية الصحية	 ٩. ○ ١٠. ○ ١٠. ٥ ٢٠ ٥ ٢٠ ٥ ٢٠ ٥ ٢٠ ١ ٢٠ ١ ٢٠ ١ ٢٠ ١ ٢٠ ٢ ٢٠ ٢	يه. اهذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املاً هنا إذا كانت الإجابة لا شي: يبن القدامي، أو دخل الضمان التكميد صافي الزراعة/الصيد صافي الإيجار/الإتاوات النوع: ن صافي العمل لحسابك (سوال 30) النوع: النوع: النوع: النوع: النوع: النوع:	ذي سوف تحصل عليه مرا وعدد مرات حصولك علا المحاول على المحاول	ا: جرد دفع تكاليف المشروع) الد ملأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ كم مرة تحصل عليه؟ كم ك	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d م نوع العمل: أله ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح بم الشهر؟ انظر التعليمات. 31. دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر: المحطة: لا تحتاج إلى أن تخبرنا حول الدخل غير موظف \$ المعاش \$ الضمان الاجتماعي \$ الضمان الاجتماعي \$ حسابات التقاعد \$ النفقة المدفوعة \$ النفقة المدفوعة \$ فوائد قرض الطالب \$ 33. أكمل هذا السؤال إذا كان دخلك يتغير
حصل عليه؟ حصل عليه؟ حصل عليه؟ كن أن يجعل تكلفة التغطية الصحية	 ٩. ○ ١٠. ○ ١٠. ٥ ٢٠ ٥ ٢٠ ٥ ٢٠ ٥ ٢٠ ١ ٢٠ ١ ٢٠ ١ ٢٠ ١ ٢٠ ٢ ٢٠ ٢	يه. املأ هذا العمل الذي تعمله لحسابك هذا يه. املأ هذا إذا كانت الإجابة لا شي: بين القدامي، أو دخل الضمان النكميد صافي الزراعة/الصيد صافي الإيجار/الإتاوات لنوع: يمكن استقطاعها في إقرار ضرين صافي العمل لحسابك (سؤال 30 استقطاعات أخرى السقطاعات أخرى بن السنة أو تتلقى ميزة لأشهر معينة	ذي سوف تحصل عليه مرا وعدد مرات حصولك علا المحاول على المحاول	ا: جرد دفع تكاليف المشروع) الد ملأ كل ما ينطبق، وقدم المبلغ كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟ كم مرة تحصل عليه؟ مبلغ وعدد مرات دفعك له. إذ مبلغ وعدد مرات دفعك له. إذ كنتى كثرت سے؟ كتنى كثرت سے؟ كتنى كثرت سے؟	30. إذا كنت تعمل لحسابك، أجب عن a و d a. نوع العمل: d. ما هو مقدار صافي الدخل (الأرباح به الشهر؟ انظر التعليمات. 31. دخل آخر تحصل عليه هذا الشهر: المحطة: لا تحتاج إلى أن تخبرنا حول الدخل المعاش الضمان الاجتماعي حسابات التقاعد الضمان الاجتماعي النفقة المدفوعة فوائد قرض الطالب فوائد قرض الطالب

رقم 2: شخص رقم 2 نسخة من الصفحات 5-4 إذا كان هذا الشخص يحتاج إلى تغطية صحية، فقط أجب عن الأسئلة 10-1 في هذه الصفحة. انسخ يقم 2 نسخة من الصفحة عن الصفحة عن الصفحة عن المسلمة عن

استكمل هذه الصفحة وعن زوجك والأطفال الذين يعيشون معك، و/أو أي شخص في نفس إقرار ضريبة الدخل الفدرالي إذا قدمت واحد. إذا لم تتقدم بإقرار ضريبي، تذكر أنه لا يزال عليك أن تدرج أفراد العائلة الذين يعيشون معك. انظر صفحة 1 لمزيد من المعلومات حول الأشخاص الذين ينبغي إدراجهم.

اللقب	الاسم الأخير	الاسم الأوسط	1. الاسم الأول
	4. تاریخ المیلاد (شهر /یوم/سنة)	3.هل الشخص رقم 2 متزوج	 العلاقة بالشخص 1؟ انظر التعليمات.
نكر نائى		نعم ﴿ لا	
ية للشخص رقم 2، وكان الشخص رقم 2	ل نحن نحتاج إلى هذا إذا كنت تريد تغطية صح يمتلك رقم ضمان اجتماعي.		6. رقم الضمان الاجتماعي (SSN)
نعم 🔾 لا		ىخص رقم 1؟	7.هل يقيم الشخص رقم 2 في نفس العنوان الذي يقيم فيه الث
			إذا كانت الإجابة لا، أدرج العنوان:
ار ضريبي على الدخل الفدرالي.)		_	 8. هل يخطط الشخص رقم 2 أن يتقدم بإقرار ضريبي على نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى إجابة الأسئلة من a
۷ (نعم (لا	، تخطى هذا السؤال إلى السؤال C.	0	م معم. بـ عد الشخص رقم 2 بشكل مشترك مع زو a.
		, 55 (5	إذا كانت الإجابة بنعم، اكتب اسم الزوجة/الزوجة:
ا نعم (الا		ر ال الضريبي الخاص به؟	b. هل سيطالب الشخص رقم 2 بأي معالين على الإق
			إذا كانت الإجابة بنعم، أدرج اسم (أسماء) المعالين:
نعم ﴿ لا			c. هل سيطالب بالشخص رقم 2 كمعال على الإقرار
	ا هي علاقة الشخص رقم 2 بالمتقدم بالإقرار الضريبي؟	ار الضريبي: ما	إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى إدراج اسم المتقدم بالإقر
			9. هل الشخص رقم 2 حامل؟
	قد يكون هناك برنامج أفضل في التغطية أو أقل في التكالية بابة بلا، تخطى هذا السؤال إلى أسئلة الدخل في صفحة 5.		10. هل يحتاج الشخص رقم 2 إلى تغطية صحية؟ (حتى لو
			11. هل يعاني الشخص رقِم 2 من حالة صحية بدنية، أو عة
نعم () لا		at . Suit a b. b. b.	أو الحياه في مرفق طبي أو بيت مسنين؟
<u>انعم (لا</u>			12. هل الشخص رقم 2 من مواطني الولايات المتحدة أو ح
			 هل الشخص رقم 2 مواطن بالتجنيس أو الاشتقاق؟ (يـ الله نقم. إذا كانت الإجابة بنعم، استكمل أ وب.
بعد أن تستكمل a و b، تخطى إلى		b. رقم الشهادة	a. رقم الإقامة
بعد آن تستمل a و ۱۵ تعظی ہی ۔ سؤال 15.			
	؟ 🔵 نعم أنخل نوع المستندور قم الهوية. انظر التعليمات.		14.إذا لم يكن الشخص رقم 2 مواطن أمريكي أو حاصل على ال
	2 كما يظهر على وثيقة الهجرة.	ياري): اكتب اسم شخص رقم 2	نوع وثيقة الهجرة:
	رقم البطاقة أو رقم جواز السفر		رقم الإقامة أو رقم 94-ا
	أخرى (كود الفئة أو بلد الإصدار)		هوية نظام SEVIS أو تاريخ الانتهاء (اختياري)
	ي الجيش الأمريكي؟	؟ دامي أو عضو نشط في الخدمة العسكرية في	 a. هل أقام الشخص رقم 2 في الولايات المتحدة منذ 1996 b. هل الشخص رقم 2، أو زوجه أو أبيه، من المحاربين القا
نعم 🔾 لا		ة الطبية من الشهور الثلاثة الماضية؟	15. هل يريد الشخص رقم 2 مساعدة في دفع فواتير الرعاي
	خص الرئيسي الذي يعتني بهذا الطفل؟	بن 19 سنة، و هل الشخص رقم 2 هو الشد	16. هل يقيم الطفل رقم 2 مع طفل واحد على الأقل تحت س
نعم (لا) نعم (الا			(اختر "نعم" إذا كان الشخص رقم 2 أو زوجته يعتني بهذا ا
مدرجين في صفحه 2)	قته بهم: (يمكن ان يكون هؤلاء الأطفال هم نفس الأطفال ال	ن يعيشون مع شخص رقم 2 في بينه و علاة	17. أخبرنا عن أسماء الأطفال الذين تحت سن 19 سنة الذير
نعم () لا		أكبر ؟	
			يرجى الإجابة على هذه الأسللة إذا كان الشخص رقم 2 في يُرجى الإجابة على هذه الأسللة إذا كان الشخص رقم 2 في
نعم ⊘ لا		لال الشهور الثلاثة الماضية؟	- 19. هل لدى الشخص رقم 2 تأمين من خلال عمله وفقده خ
	b.سبب إنهاء التأمين:		a إذا كانت الإجابة بنعم، ما هو تاريخ الانتهاء:
∑ نعم			20. هل الشخص رقم 2 طالب بدوام كامل؟
يني (فيتنامي () أسيوي من دولة أخرى			ختیاری: 22. السلالة: ابیض اسود او ا
	ن آخر من ساكني جرر المحيط الهاديء 🔍 آحرى	راميني او نشاموري 🛡 سامواني 💛 مواط	(املأ كل ما ينطبق.)

أخبرنا عن أي دخل يحصل عليه الشخص رقم 2. خطوة رقم 2: شخص رقم 2 لا يحتاج إلى تغطية صحية.

			ات الدخل	يه & معلوه	الوظيفه الحا
 يعمل لحسابه الخاص: تخطى إلى سؤال 32. 	ِ موظف: خطى إلى سؤال 33.		با، أخبرنا عن دخله. ابدأ بـــــــــــــــــــــــــــــــــــ	رقم 2 موظف حالبً	موظف: إذا كان الشخص
				ْية 1:	الوظيفة الحاا
				ل	23.اسم صاحب العم
				مل	a.عنوان صاحب الع
24. رقم هاتف صاحب العمل) الرمز البريدي	c.الولاية			b.المدينة
()					
26 متوسط عدد ساعات العمل كل أسبوع	کل 2 أسبوع	کل أسبوع	کل ساعة	فبل الضرائب)	25.الأجور/الحوافز(
	سنويًا		مرتين في الشه	0 7	\$
	سفحة اخرى من الورق.)	مزيد من الوظائف، أرفق ص	، الشخص رقم 2 لديه الـ	يه 2: (إذا كان	الوطيقة الحاد .27
	_	_	_	U	21.اسم صاحب الغم
				مل	a.عنوان صاحب الع
28. رقم هاتف صاحب العمل) الرمز البريدي	C.الولاية ا			b.المدينة
(
30 متوسط عدد ساعات العمل كل أسبوع	🔵 كل 2 أسبوع	كل أسبوع	کل ساعة	قبل الضرائب)	29.الأجور/الحوافز(
	سنويًا	پر	مرتين في الشه		\$
🔾 لا شيء مما سبق	بدء العمل لساعات أقل	ظيفة 🔵 التوقف عن العمل	رقم 2 بـ: 🔘 تغيير الوذ	ي، هل قام الشخص	31. في العام الماض
		:4	ه، أجب عن الأسئلة التاليا	رقم 2 يعمل لحساب	32 إذا كان الشخص
					a. نوع العمل:
\$	الشخص رقم 2 من هذا العمل الذي	روع) الذي سوف يحصل عليه		صافي الدخل (الاربار) ا الشهر؟ انظر التعلي	
املاً هنا إذا كانت الإجابة لا شيء () أو دخل الضمان التكميلي.	ت حصول الشخص رقم 2 عليه. أو مدفوعات المحاربين القدامي،				
کم مرة تحصل علیه؟	النفقة المتلقاه	ىل عليه؟	کم مرة تحص	\$	عير موظف
کم مرة تحصل علیه؟	الزراعة/الصيد الزراعة/الصيد	ىل عليه؟	کم مرة تحص	\$	المعاش
کم مرة تحصل علیه؟	صافي الإيجار/الإتاوات	ىل عليه؟	کم مرة تحص	عي \$	الضمان الاجتماء
کم مرة تحصل علیه؟	ل دخل آخر النوع:	ىل عليه؟	کم مرة تحص	\$	ك حسابات التقاعد
	ا كان الشخص رقم 2 يدفع مقابل له الشخص رقم 2، أو التكلفة المعا	صول الشخص رقم 2 عليه. إذ أن تدرج دعم الطفل الذي يدفع	قدم المبلغ وعدد مرات حد فلیلًا أ. ملاحظة: اینبغی	ملأ كل ما ينطبق، و التغطية الصحية أقل	34. الاستقطاعات: السيقطاعات: السيمكن أن يجعل تكلفة
کم مرة تحصل علیه؟	استقطاعات أخرى		کتنی کثر ہ	\$	النفقة المدفوعة
	النوع:		کتنی کثر ہ		فوائد قرض الطا
السنة أو يتلقى ميزة لأشهر معينة. إذا لم تكن تتوقع تغيرات على دخل	يعمل فقط في وظيفة لجزء من		خل الشخص رقم 2 يتا	ال فقط إذا كان د	35. أكمل هذا السو
	. 41	جمالي للشخص رقم 2 ا لعام الة	الشخص التالي.		
	ادم	جمالي سنحص ردم ے العام الد	م الدخل الإخ	בשט נצמ ו משווש	الدخل الإجمالي للشذ ع
			Ψ		Ψ



خطوة رقم 3: فرد (أفراد) العائلة من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين

1. هل أنت أو أحد من عائلتك هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين؟

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، تابع إلى خطوة رقم 4، وأكمل أيضًا ملحق ب وضمنه مع الطلب. ○ لا. إذا كانت الإجابة بلا، تابع إلى خطوة رقم 4.

خطه م رقم 4- التغطية الصحية لعائلتك

نطية الصحية في سوق	نبية للمساعدة في خفض تكاليف التغ	، كل سنة من السنوات التي حصلت فيها على امتياز الإعفاء الضريبي، هل قامت عانلتك بالتقدم للحصول على عاند ضريبي وتسوي عم، تمت تسوية امتيازات الاعفاءات الضريبية. قم بملئ الدانرة فقط إن انطبق عليك كل مايلي: - قمت بإستخدام دفعات مقدمة من امتياز الإعفاء الضريبي (APTC) اثناء واحدة او اكثر من السنوات الماط المناس	٠ (
healthcare.go	م 8962 (<u>-v/help/reconciling</u>	التأمينُ الصحي. قام الشخص الذي قدم اقرارك الضريبي بالتقديم للحصول على عائد ضريبي فيدرالي لكل من تلك السنوات قام الشخص او الاشخاص الذين قدموا الاقرار الضريبي بتقديم استمارة مكتب ضريبة الدخل الأمريكي رق (lyour-tax-credit) مع العائد الضريبي.	•
		ل كان أحد الاشخاص المشمولين في هذا الطلب غير مؤهل للحصول على تأمين Medicaid او برنامج التأمين الصحي للأطفال ر ر نعم فقط في حال كون احد الافراد غير مؤهل للحصول على هذه التغطية بالنسبة لولايتك وليس بالنسبة لسوق التأمين الصحي.)	
نعم ⊘ لا	ال (CHIP) بسبب وضع هجرتهم منذ	، هل كان أحد الاشخاص المشملوين في هذا الطلب غير مؤهل للحصول على تأمين Medicaid او برنامج التأمين الصحي للأطف اوكتوبر، 2013؟	او،
نعم (لا		لُ قام احد الاشخاص المشمولين في هذا الطلب بالتقدم للحصول على التغطية عند فتح باب الالتحاق بسوق التأمين الصحي؟	
﴿ نعم ۞ لا		ى. الله الله الله الله الله الله الله الل	3. هل
برامج الرعاية الصحية	، نوع النغطية مثل تغطية صاحب العمل أو بـ	لل هناك أي فرد مدرج في تغطية صحية الآن؟ ﴾ نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، تابع إلى سؤال رقم 6. علومات حول التغطية الصحية الحالية. (انسخ نسخة من هذه الصفحة إذا كان هناك أكثر من شخصين لديهم تغطية صحية الآن.)اكتب COBRA أو Medicaid أو CHIP أو TRICARE أو Peace Corps أو غيرهم. (لا تخبرنا عن TRICARE إذا	
(.Line of	کان لدیك برامج Direct Care أو Duty	COBRA أو Medicaid أو CHIP أو TRICARE أو Peace Corps، أو غير هم. (لا تخبرنا عن TRICARE إذا اسم الشخص المدرج في التغطية الصحية	مثل 4
Peace Corps	VA s ببرنامج الرعاية الصحية	نوع التغطية: التعلي التعلي التعلي	ئار <u>.</u>
	رقم البوليصة/الهوية		الم الم
	رقم البوليصة/الهويةر	إذا كان نوع آخر من التغطية: قم بملئ الحقل ان كانت هذه تغطية صحية عن طريق سوق التأمين الصحي. اسم شركة التأمين الصحي	÷.
نعم (الا		إذا كانت هذه خطة مزايا محدودة، مثل بوليصة حوادث مدرسية؟	
		اسم الشخص المدرج في التغطية الصحية	
Peace Corps	ببرنامج الرعاية الصحية VA s	نوع التغطية: © تأمين صاحب العمل © COBRA (CHIP (Medicaid (COBRA () TRICARE () الخرى الخرى	Fα
	رقم البوليصة/الهوية	إذا كان تأمين من صاحب العمل: (سوف تحتاج أيضًا إلى استكمال ملحق A) اسم شركة التأمين الصحي	شخص رقم
	رقم البوليصة/الهويةر	إذا كان نوع آخر من التغطية: قم بملئ الحقل ان كانت هذه تغطية صحية عن طريق سوق التأمين الصحي. اسم شركة التأمين الصحي	:2
		الذا كالتصوف في الآرين المراجع في	



خطوة رقم 5: موافقتك و توقيعك

2 سنوات

○ 4 سنوات

هل توافق على السماح لسوق التأمين الصحي MarketPlace باستخدام بيانات الدخل، بما في ذلك معلومات الإقرارات الضريبية لمدة 5 سنوات قادمة؟
نجعل الأمور أسهل في تحديد تأهلك للمساعدة على الدفع مقابل التغطية في السنوات المستقبلية، يمكنك الموافقة على السماح لسوق التأمين الصحي Marketplace باستخدام بيانات الدخل المحدثة بما في ذلك
معلومات من الإقراراتُ الضريبية. سوف يرسل سُوق التَّأمين الصحي Marketplace إشعار ويجعلك نقوم بأي تغييرات سوف يفحص سوق التَّأمين الصحي Marketplace ليتَّاكد أنك لازلت مؤهلًا، وقد
نجعل الأمور أسهل في تحديد تأهلك للمساعدة على الدفع مقابل التغطية في السنوات المستقبلية، يمكنك الموافقة على السماح لسوق التأمين الصحي Marketplace باستخدام بيانات الدخل المحدثة بما في ذلك معلومات من الإقرارات الضريبية. سوف يرسل سوق التأمين الصحي Marketplace إشعار ويجعلك تقوم بأي تغييرات سوف يفحص سوق التأمين الصحي Marketplace ليتأكد أنك لازلت مؤهلًا، وقد يكون عليه أن يطلب منك إثبات على أن دخلك لا يزال يتأهل. يمكنك الخروج في أي وقت.
ذا كانت الإجابة بلا، حدّث معلوماتي تلقائيًا لمدة قادمة مقدار ها:

1 سنة € كسنوات 2. هل هناك أي فرد يتقدم للتأمين الصحى في هذا الطلب مقيد الحرية (معتقل أو مسجون)؟

على الحصول على مساعدة لدفع مقابل التغطية عند التجديد.)

🔘 لا تستخدم بيانات الدخل الخاصة بي لتجديد تأهلي للمساعدة على الدفع مقابل التغطية الصحية (يمكن أن يؤثر اختيار هذا الخيار على قدرتك

الذا كانت الإجابة بنعم، أخبرنا باسم الشخص. اسم الشخص المحبوس هو:

املأ الاسم هنا إذا كان الشخص يواجه تهم

إذا كان فرد في هذا الطب مؤهل لخطة Medicaid:

- نا أعطى إلى Medicaid حقوق الوكالة في تحصيل وقبض أي أموال من أنظمة التأمين الصحي، أو التسويات القضائية، أو غيرها من التعامل مع الأطراف الخارجية. أنا أعطى أيضًا إلى Medicaid حقوق الوكالة في تعقب الدعم الطبي والحصول عليه من الزوج/الزوجة أو الوالدين.
- هل أي طفل في هذا الطلب لديه والد يعيش خارج المنزل؟ نعم 🔾 لا
 - إذا كانت الإجابة بنعم، سوف يُطلب مني التعاون مع الوكالة التي تجمع الدعم الطبي من الآباء الغائبين. إذا كانت الإجابة بنعم، سوف يؤديس سوف يؤذيني أو يؤذي أطفالي، يمكنني أن أخبر Medicaid ويمكنني عدم التعاون.
- میں اس درخواسِت پر دروغ حلفی کی سزا کے تحت دستخط کررہا/ رہی ہوں ، جس کا مطلب ہے کہ میں نے اپنی بہترین علم کے مطابق سبھی سوالوں کے درست جوابات فراہم کیے ہیں. مجھے معلوم ہے کہ اگر میں نے جان بوجھ کرغلط یا جھوٹی معلومات فراہم کی تو میں وفاقی قانون کے تحت جرمآنوں کا مستوجب ہوںگا۔
 - أنا أعلم أنه يجب على أن أخبر سوق التأمين الصحي خلال 30 يوم إذا حدثت أي تغييرات (وكانت مختلفة عن) ما كتبته في هذا الطلب يمكنني زيارة HealthCare.gov أو الاتصال على هاتف 318-2596-1 للإبلاغ عن أي تغييرات. أفهم أن التغيير في المعلومات يمكن أن يؤثر على أهليتي وكذلك أهلية فرد (أفراد) بيتي.
- أعلم أنه بموجب القانون الفدرالي، لا يُسمح بالتمييز بناءً على العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العمر، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الاجتماعية، أو الإعاقة. يمكنني أن أرفع شكوى عن أي تمبيز عن طريق زيارة موقع www.hhs.gov/ocr/office/file
- أعلم أن المعلومات الواردة في هذه الاستمارة سوف تُستخدم فقط لتحديد أهليتك للتغطية الصحية، ومساعدتك على الدفع مقابل التغطية (إن طلب ذلك)، وللأغراض القانونية لسوق التأمين الصحي والبرامج التي تساعد على الدفع مقابل التغطية.

نحن نحتاج إلى هذه المعلومات لنتحقق من أهليتك للمساعدة في الدفع مقابل التغطية الصحية إذا اخترت التقدم. سوف نتحقق من إجاباتك باستخدام المعلومات الواردة في قواعدنا الإليكترونية وقواعد البيانات الواردة من جهاز العوائد الداخلية، والضمان الاجتماعي، ووزارة الأمن الداخلي، و/أو أحد وكالات الإبلاغ عن المستهلكين. إذا لم تتوافق المعلومات التي تقدمها مع هذه المعلومات، قد نطلب منك أن ترسل لنا دليلًا على صدق معلوماتك.

ما الذي ينبغي عليّ عمله إذا كنت أعتقد أن نتائج أهليتي خطأ؟

إذا لم تكن توافق على ما تتأهل له، في كثير من الحالات، يمكنك أن تطلّب استتناف. يُرجى مراجعة شعار الأهلية الخاص بك للعثور على تعليمات الاستتناف الخاصة بكل شخص في بيتك يستأنف من أجل التغطية، بما في ذلك عدد الأيام التي ينبغي أن تطلب فيها استتناف. فيما يلي معلومات هامة لأخذها في الاعتبار عندما تطلب استنناف:

- يمكن أن تجعل شخص آخر يطلب أو يشارك في استتنافك إذا أردت ذلك. يمكن أن يكون ذلك الشخص صديق أو قريب أو محامي أو فرد آخر. أو يمكنك طلب استنناف والمشاركة فيه بنفسك.
 - إذا طلبت اسنئاف، يمكن أن تكون قادر على الإبقاء على أهليتك للتغطية أثناء انتظار مراجعة استئنافك.
 - يمكن أن تغير نتيجة الاستبيان من أهلية الأعضاء الأخرين في بيتك.

للاستنناف على نتائج أهليتك لسوق التأمين الصحي Marketplace، قم بزيارة <u>HealthCare.gov/marketplace. أ</u>و اتصل بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي على الرقم: 2596-318-800-1. ويمكن لمستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم: 4325-889-85-1. يمكنك أيضًا أن ترسل نموذج طلب استئناف عن طريق البريد أو ترسل خطاب من صياغتك تطلب فيه استثناف على العنوان التالي Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. يمكنك أن تستأنف على أهليتك لشراء التغطية الصحية من خلال التأمين الصحي، وفترات الإدراج، والائتمانات الضربيبية، واستقطاعات مشاركة التكلفة، و Medicaid، وCHIP إذا تم رفض منحك هذه الأشياء. إذا كنت تتأهل للإعفاءات الضربيبية أو استقطاعات مشاركة التكلفة، يمكنك الاستئناف على المبلغ الذي حددت أنك مؤ هل له. بناءً على حالتك، يمكن أن تكون قادر على الاستئناف من خلال سوق العمل أو قد يكون عليك أن تطلب استئناف على حالة وكالة Medicaid أو CHIP.

ينبغي على شخص رقم 1 أن يوقع على هذا الطلب. إذا كنت وكيل مخول، يحق لك التوقيع هنا طالما أن الشخص رقم 1 قد وقع على ملحق ج.

تاريخ التوقيع (شهر /يوم/سنة) التوقيع

إذا كنت توقع هذا الطلب خارج التسجيل المفتوح (بين 1 نوفمبر إلى 31 يناير)، تأكد من مراجعتك لملحق D ("أسئلة حول تغيرات الحياه").

خطوة رقم 6: أرسل طلبك المستكمل بالبريد

اأرسل طلبك الموقع إلى:

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



للحصول على المساعدة بلغة اخرى غير الانجليزية

اان كان لديك او لدى شخص تقوم بمساعدته اسئلة بخصوص سوق التأمين الصحي، فلك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون دفع اي تكلفة. للتحدث مع مترجم، اتصل بالرقم 2596-318-000.

اليك قائمة باللغات المتوفرة ونفس الرسالة المذكورة اعلاه بتلك اللغات:

Español (Spanish)

Usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para comunicarse con un intérprete en español relacionado con el Mercado de seguros médicos, 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)

Quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên bằng tiếng Việt về Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe, xin 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.

(Arabic) العربية

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

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.

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.

للحصول على المساعدة بلغة اخرى غير الانجليزية (تابع)

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。

ملحق 🗚

التغطية الصحية من الوظائف

لا تحتاج إلى الإجابة على هذه الأسئلة إلا إذا كان شخص ما في بيتك مؤهلًا لتغطية صحية من وظيفته، حتى لو لم يقبل التغطية. أرفق صورة من هذه الصفحة لكل وظيفة تقدم تغطية.

أخبرنا عن الوظيفة التي تقدم التغطية.

أنسخ نسخة من هذه الصفحة وأحضرها معك إلى صاحب العمل الذي يقدم التغطية للمساعدة في الإجابة على هذه الأسئلة.

معله مات صاحب العما

	معومات صاحب الكمل
2.اسم صاحب العمل (الأول، الأوسط، الآخر) SSN	1. اسم صاحب العمل (الأول، الأوسط، الآخر)
	معلومات صاحب العمل
	3.صاحب العمل اسم الشركة
 5. رقم هاتف صاحب العمل ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا ا	
صَصات الموظفين. قد نقوم بالاتصال بهذا الشخص ان احتجنا للمزيد من	والان، قم بإدخال المعلومات الخاصة بالشخص او القسم الذي يتولى امور مُخَه المعلومات:
	 الشخص او القسم الذي نستطيع الاتصال به بخصوص التغطية الصحية للموظفين
	7. عنوان صاحب العمل (قد يُرسل سوق التأمين الصحى اشعارات الى هذا العنوان)
9. الولاية الرمز البريدي المنابريدي المنابري	8.المدينة
	11.رقم المهاتف (إذا كان مختلفًا عن المهاتف المدرج سابقًا) 12.عنوان البريد الإليكتروني
מ. מ	e ste n = h á tha tan a a ga a fach fheir tha h a a
-	13. هل الموظف مؤهل حاليًا للتغطية المقدمة من جانب صاحب العمل هذا، أو هل سيصبح الموظف مؤ
كلا (صاحب العمل: توقف وقم بإعادة هذه الاستمارة الى الموظف.	
الموظف: ارجع الى طلبك من اجل تعطية سوق التأمين الصحي.)	 a ان لم يكن الموظف مؤهلا اليوم، وقد يكون ذلك بسبب الانتظار او لكونه ضمن فترة التجريب، فمتى سيصبح الموظف مؤهلا للحصول على التغطية؟ (اليوم الشهر االسنة)
	التجريب، على سيطب الموقف موهد المعطون على التعقيد: (اليوم السبة السبة)
	 b. هل يَقدم صاحب العمل خطة صحية تغطى زوج إزوجة الموظف واخرين يُعيلهم؟
(44 5 10 11 10 14 6	 را هن يعدم لعنك المعنى لحظه العلمي المعنى ا
🔘 كلا (اذهب للسؤال رقم 14.)	 ضحص او اشخاص اخرین پُعبلهم (کالاطفال)
.1.,	درج اسماء اي اشخاص اخرين في اسرة الموظف من المؤهلين للحصول على تغطية من خلال هذا ال
	الاسم
	الاسم
	וגַ וועק
	A11
	الأسم

اابع في الصفحة التالية

اخبرنا عن التغطية الصحية المُقدمة من قبل صاحب العمل هذا.

.1 هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تلبي معيار القيمة الدنيا*؟
🔾 نعم (انتقل إلى سؤال 15) 👚 لا (توقف وارجع إلى هذا النوذج للموظف.)
!1. كم ينبغي على الموظف دفعه مقابل أقل خطة في التكافة مقدمة إلى الموظف فقط وتلبي معيار القيمة الدنيا*؟ لا تدرج الخطط الصحية. ملاحظة: إذا كان صاحب العمل يقدم برامج للصحة، أدخل القسط ذي يدفعه الموظف إذا كان الموظف قد حصل على الحد الأقصى من الخصم لأي برامج توقف عن التدخين ولم يحصل على أي خصومات أخرى بناءً على برامج الصحة.
a. الموظف سيدفع هذا القسط: دولار \$
ملاحظة: أدخل أقل مبلغ يستطيع الموظف دفعه مقابل التغطية الصحية.
b. الموظف سيدفع هذا المبلغ: ﴿ كَلَ أَسبوع ﴿ كُلُ 2 أُسبوع ﴾ مرتين في الشهر ﴾ مرة في الشهر ۞ ربع سنويًا ۞ سنويًا
(انتقل إلى السؤال التالي.)
11. ما هي التغييرات التي سيجريها صاحب العمل للعام الجديد للخطة؟
لن يقدم صاحب العمل تغطية صحية اعتبارًا من هذا التاريخ: (شهر /يوم/سنة)
🔵 سيتغير مبلغ القسط للخطة الأقل تكلفة التي تلبي معيار الحد الأدنى للقيمة* و هي متاحة للموظف فقط. (ينبغي أن يعكس القسط فقط الخصومات على برامج إيقاف التدخين. انظر سؤال رقم 15.)
a. الموظف سيدفع هذا القسط: \$
b. ما عدد المرات؟ ﴿ كَلَ أَسْبُوعَ ۚ كَلَ 2 أَسْبُوعَ ۞ مرتَين في الشَّهر ۞ مرة في الشَّهر ۞ ربع سنويًا ۞ سنويًا
c. تاريخ التغيير: (شهر/يوم/سنة)

لا أعلم إذا ما كان صاحب العمل سيجري تغييرات أم لا.

لن يجري صاحب العمل أيًا من هذه التغييرات.

^{*} تلبي الخطة الصحية معيار الحد الأدنى للقيمة إذا كان يدفع %60 على الأقل من التكلفة الإجمالية للخدمات لعدد قياسي من الناس ويقدم تغطية واسعة لخدمات المستشفيات والأطباء. تلبي معظم الخطط المبنية على الوظائف الحد الأدنى من معيار القيمة.

ملحق B

ملحق C

المساعدة في استكمال هذا الطلب

والوسطاء فقط	والوكلاء،	والمرشدين،	المعتمدين،	الطلبات	لمستشاري
--------------	-----------	------------	------------	---------	----------

استكمل هذا القسم إذا كنت مستشار طلبات معتمد، أو مرشد، أو وكيل، أو وسيط تملأ هذا الاستبيان عن شخص آخر.

1. تاريخ بدء الطلب (شهر/يوم/سنة)	
2. الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير واللقب	
ي. اسم المؤسسة	
 رقم الهوية (إن وجد) 	5. الوكلاء/الوسطاء فقط: رقم المُنتِج الوطني

يمكنك اختيار ممثل مخول.

يمكنك أن تعطّي شخص مؤتمن إذن بالحديث عن هذا الطلب معنا، ومطالعة المعلومات، والتصرف نيابة عنك في الأمور المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك الحصول على معلومات حول طلبك والتوقيع على طلبك نيابة عنك. يُسمى هذا الشخص "ممثل مخول". إذا احتجت في أي وقت أن تغير أو تلغي ممثلك المخول، اتصل بسوق التأمين الصحي Marketplace. إذا كنت ممثل معين قانونًا عن شخص ما في هذا الطلب، سلم إثبات على ذلك مع الطلب.

	1. اسم الممثل المخول (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)
3. رقم الشقة أو الجناح	2. العنوان
5.الولاية 6.الرمز البريدي	4.المدينة
	7.رقم الهاتف
	8.اسم المؤسسة
	9. رقم الهوية (إن وجد)

بتوقيعك، أنت تسمح لهذا الشخص أن يوقع الطلب، ويحصل على معلومات حول هذا الطلب، ويتصرف نيابة عنك في كل الأمور المستقبلية المتعلقة بهذا الطلب.

1). توقيع الشخص رقم 1 المدرج في هذا الطلب	11. تاريخ التوقيع (شهر/يوم/سنة)



ملحق D

أسئلة حول تغييرات في الحياه

(يجب عليك أن تستكمل باقى هذا الطلب بالإضافة إلى هذه الصفحة. لا تسلّم هذه الصفحة وحدها.)

إذا تعرض أي فرد في هذا الطلب لأي تغييرات معينة في الحياه في غضون الـ 60 يوم الماضية، املأ الأسئلة التالية. تسمح بعض التغيرات في الحياه ببدء التغطية عن طريق سوق التأمين الصحي في الحال. نحن نوصيك أيضًا بالإجابة على هذه الأسئلة إذا كنت تتقدم بعد انتهاء فترة التسجيل السنوي المفتوح وقبل بدء فترة التسجيل السنوي المفتوح التالي.

هذه الأسئلة اختيارية إذا لم تتغير ظروف حياتك، يمكنك ترك الأسئلة فارغة. ويمكنك التسجيل في برنامج Medicaid (ميديكيد) وبرنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) (تشيب) في أي وقت خلال العام حتى لو لم تتعرض لتغييرات في الحياه. يمكن لأفراد القبائل المعترف بها فدراليًا ومساهمي الاسكا الأصليين التسجيل في التغطية من خلال سوق العمل في أي وقت من العام.

أخبرنا حول التغيرات في بيتك.

1. ها فقد أي في د التغطية الصحية المه هل لها في الـ 60 به م الماضية، أو ته قع فقدان التغطية الصحية المه ها، لها في الـ 60 به م التالية؟

	ا. تي سي سي سي سي سون ۾ تي ان ده پرم است ۽ ان سي است سي است سي
التاريخ الذي انتهت فيه التغطية أو ستنتهي فيه (شهر /يوم/سنة)	الاسماء
	🔲 أشر هنا إذا كانت التغطية انتهت بسبب عدم دفع الأقساط.
	2.هل تزوج أي فرد في الـ 60 شهر الماضية؟
التاريخ (شهر /يوم/سنة)	الإسماء
	3. هل حُرر أي فرد من الحبس (الاعتقال أو السجن) في الـ 60 يوم الماضية?
التاريخ (شهر /يوم/سنة)	الاسماء
	4. هل اكتسب أي فرد حالة هجرة شرعية في الـ 60 يوم الماضية؟
التاريخ (شهر/يوم/سنة)	الإسماء
	5. هل تم تبني أي فرد، أو أدرج للتبني، أو أدرج في حضائة في الـ 60 يوم الماضية?
التاريخ (شهر /يوم/سنة)	الاسماء
(°, 1, 1, 5) , (eb)	 6. هل أصبح أي معيل بسبب دعم الأطفال أو غيرها من قرارات المحكمة في الـ 60 يوم الماضية?
التاريخ (شهر /يوم/سنة)	الإسماء
	7. هل غير أي فرد من مكان معيشته الرئيسي في الـ 60 يوم الماضية؟
تاريخ الانتقال (شهر /يوم/سنة)	الإسماء
	ما هو الرمز البريدي لعنوانك المعابق؟ 💮 املأ هنا إذا كنت انتقلت من دولة أجنبية أو أراضي للولايات المتحدة.
∑ نعم ۞ لا	a. هل امتلك أي فرد من هؤلاء الناس تغطية صحية مؤهلة في أي وقت في الـ 60 يوم الماضية؟
- , -	يد كانت الإجابة بنعم، أدخل اسمه (أسمائهم) أدناه:
	الاسماء