

**Aplicație pentru Asigurare Medicală și Asistență la Plata Costurilor Acesteia**Form Approved  
OMB No. 0938-1213**➔ Aplicați mai rapid online, accesând pagina [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).****Utilizați această aplicație pentru a afla, pentru ce asigurare vă calificați**

- Asigurări medicale private accesibile, cu acoperire cuprinzătoare, care vă ajută să vă păstrați starea bună de sănătate.
- Un nou credit fiscal, care vă ajută imediat să plătiți primele asigurării de sănătate.
- Asigurare gratuită sau cu preț scăzut prin Medicaid sau Programul de Asigurare de Sănătate pentru Copii (CHIP).

**Vă puteți califica pentru un program gratuit sau cu preț scăzut, chiar dacă aveți un venit de până la 97.200 \$ pe an (pentru o familie de 4 persoane).****Cine poate folosi această aplicație?**

- Folosiți această aplicație pentru a aplica pentru orice persoană din familia dumneavoastră.
- **Aplicați, chiar dacă dvs. sau copilul dvs. aveți deja asigurare medicală. Ați putea fi eligibil pentru o asigurare cu preț mai scăzut sau gratuită.**
- Dacă sunteți celibatar/-ă, puteți folosi un formular scurt. Accesați pagina de web [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).
- Pot aplica și familiile, care includ imigranți. Puteți aplica pentru copilul dvs., chiar dacă dvs. nu vă calificați pentru asigurare. Aplicația nu va afecta statutul dvs. de imigrare sau șansele de a deveni rezident permanent sau cetățean american.
- Dacă vă ajută cineva la completarea acestei aplicații, probabil este necesar să completați și Anexa C.

**Necesar pentru aplicație**

- Numerele de Asigurare Socială (sau numerele documentelor pentru orice imigranți eligibili, care au nevoie de asigurare).
- Informații despre angajator și venit pentru toate persoanele din familia dvs. (de ex., din fluturașii de salariu, formulare W-2 sau fișe fiscale).
- Numerele polițelor pentru orice asigurare medicală activă în momentul de față.
- Informații despre orice asigurare medicală disponibilă pentru familia dvs. prin locul de muncă.

**De ce vă solicităm aceste informații?**

Vă întrebăm despre venit și alte chestiuni conexe, pentru a stabili pentru ce asigurare vă calificați și dacă puteți beneficia de asistență la plata acesteia. **Vom păstra informațiile oferite confidențiale și în siguranță, în conformitate cu legea.** Pentru a vedea Declarația cu privire la confidențialitate, accesați pagina de web [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) sau urmați instrucțiunile.

**Care este următorul pas?**

Trimiteți aplicația completă și semnată la adresa indicată la pagina 7. **Semnați și înaintați aplicația, chiar dacă nu aveți toate informațiile solicitate.** Vă vom răspunde în termen de 1-2 săptămâni, iar **dacă avem nevoie de mai multe informații, Marketplace vă va contacta telefonic.** După procesarea aplicației dvs., veți primi prin poștă o scrisoare conținând decizia asupra eligibilității dvs. Dacă nu primiți niciun răspuns de la noi, sunați la call center-ul Marketplace. Completarea acestei aplicații nu implică obligativitatea de a încheia o asigurare de sănătate

**Solicitați ajutor la completarea acestei aplicații****Online:** [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).

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

Aveți dreptul să obțineți informația referitor la acest produs într-un format alternativ. De asemenea aveți dreptul să depuneți o plângere dacă considerați că ați fost discriminat. Vizitați site-ul [www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](http://www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html), sau sunați la Centrul de Asistență pentru (Programul de Schimb de Asigurare Medicală) la **1-800-318-2596** pentru mai multe informații. Utilizatorii de TTY (Telefonul pentru Persoane cu Dizabilități) să sune la **1-855-889-4325**.

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



Vă rugăm să scrieți cu majuscule, folosind doar cerneală neagră sau albastru închis

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

## PASUL 1: Spuneți-ne câte ceva despre dumneavoastră.

(Este nevoie ca un adult din familie să fie persoana de contact pentru aplicația dvs.)

1. Prenume	Nume de botez	Nume de familie	Sufix
[Redacted]			
2. Adresa de domiciliu (Nu completați, dacă nu aveți o adresă de domiciliu.)			3. Număr apartament sau unitate
[Redacted]			[Redacted]
4. Număr apartament sau unitate	5. Stat	6. Cod poștal	7. District, circumscripție sau oraș
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
8. Adresă de corespondență (dacă diferă de adresa de domiciliu)			9. Număr apartament sau unitate
[Redacted]			[Redacted]
10. Localitate	11. Stat	12. Cod poștal	13. District, circumscripție sau oraș
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
14. Număr de telefon peste zi ( [Redacted] ) [Redacted] - [Redacted]		15. Număr de telefon seara ( [Redacted] ) [Redacted] - [Redacted]	
16. Doriți să primiți informații despre această aplicație prin e-mail?..... <input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu			
Adresă de e-mail: [Redacted]			
17. Care este limba preferată pentru conversație? Care este limba preferată pentru scriere? [Redacted]			

## PASUL 2: Spuneți-ne câte ceva despre familia dumneavoastră.

### Ce persoane trebuie să includeți în această aplicație?

Completați paginile referitoare la Pasul 2 pentru fiecare persoană din familia și gospodăria dvs., chiar dacă respectiva persoană are deja asigurare de sănătate. Informațiile din această aplicație ne ajută să ne asigurăm că toată lumea obține cea mai bună poliță posibilă. Volumul de asistență sau tipul pe program, pentru care vă calificați se bazează pe numărul de persoane din familia dvs. și venitul acestora. Dacă nu includeți o persoană, chiar dacă aceasta deține deja asigurare de sănătate, eligibilitatea dvs. ar putea fi afectată.

#### Pentru adulți, care au nevoie de asigurare de sănătate:

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

- Soț/Soție
- Oricare fiu sau fiică sub 21 de ani, care locuiește cu dvs., inclusiv copiii vitregi
- Oricare altă persoană trecută pe declarația de impozit federal pe venit (inclusiv orice copii cu vârsta de peste 21 de ani, care depun declarația de impunere împreună cu părintele). Nu trebuie să depuneți declarația de impunere pentru a încheia asigurarea de sănătate.

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

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

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

### Completați Pasul 2 pentru toate persoanele din familia dvs.

Începeți cu dvs., apoi adăugați adulții și copiii. Dacă familia dvs. numără mai mult de 2 persoane, trebuie să faceți o copie a foilor și să le atașați.

Pentru membrii familiei, care nu au nevoie de asigurare medicală, nu trebuie să indicați statutul de imigrare sau Numărul de Securitate Socială (SSN). Vom păstra informațiile oferite confidențiale și în siguranță, în conformitate cu legea. Vom utiliza informațiile personale numai pentru a verifica, dacă sunteți eligibil pentru obținerea asigurării de sănătate.



## PASUL 2: PERSOANA 1 (Începeți cu dumneavoastră.)

Completați Pasul 2 pentru dumneavoastră, soțul/soția sau partenerul/partenera și copiii, care locuiesc cu dvs., și/sau orice persoane trecute pe declarația de impozit federal pe venit, dacă depuneți o astfel de declarație. La pagina 1 puteți găsi mai multe informații despre persoanele, pe care le puteți include. Dacă nu depuneți o declarație de impozit federal pe venit, nu uitați să-i adăugați pe membrii de familie, care locuiesc cu dumneavoastră.

1. Prenume	Nume de botez	Nume de familie	Sufix
[Redacted]			

2. Relația cu PERSOANA 1? <b>EU ÎNSUMI/ÎNSĂMI</b>	3. Sunteți căsătorit/-ă? <input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu	4. Data nașterii (ll/zz/aaaa) [Redacted]	5. Sex <input type="radio"/> Bărbătesc <input type="radio"/> Femeiesc
--	---	---	---

6. Număr de Securitate Socială (SSN) [Redacted]

**★ Avem nevoie de un număr de Securitate Socială (SSN) dacă doriți să beneficiați de asigurare medicală și dacă aveți un SSN sau puteți obține unul.** Noi folosim SSN-urile pentru a determina venitul și alte informații necesare stabilirii cazurilor eligibile de ajutor pentru plata asigurării medicale. Dacă aveți nevoie de un SSN, accesați [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov), sau sunați Social Security la 1-800-772-1213. Utilizatorii TTY să sune 1-800-325-0778.

7. **Planuiți să depuneți declarația de impozit federal pe venit ANUL VIITOR?** Puteți să aplicați pentru asigurare de sănătate, chiar dacă nu depuneți declarația de impozit federal pe venit.

**DA. Dacă da**, vă rugăm să răspundeți la întrebările a-c.  **NU. Dacă nu**, mergeți la întrebarea c.

a. Veți depune declarația de impunere împreună cu soțul/soția? .....  Da  Nu  
**Dacă da**, indicați numele soțului/soției: [Redacted]

b. Veți solicita deducere personală în declarația de impunere pentru vreo persoană aflată în întreținerea dumneavoastră?.....  Da  Nu  
**Dacă da**, indicați numele persoanei/-lor aflate în întreținere: [Redacted]

c. Veți fi dvs. indicată ca persoană aflată în întreținere în declarația de impunere a altei persoane? .....  Da  Nu  
**Dacă da**, indicați numele persoanei, care depune declarația de impunere: [Redacted] În ce relație de rudenie sunteți cu persoana, care depune declarația de impunere? [Redacted]

8. Sunteți gravidă? .....  Da  Nu a. **Dacă da**, câți copii așteptați în această sarcină? [Redacted]

9. **Aveți nevoie de asigurare medicală?** Chiar dacă aveți asigurare medicală, ar putea exista un program cu acoperire mai bună și costuri mai scăzute.

**DA. Dacă da**, răspundeți la toate întrebările de mai jos.  **NU. Dacă nu**, MERGEȚI la întrebările despre venit de la pagina 3. Lăsați liber restul paginii.

10. Suferiți de o afecțiune fizică, psihică sau emoțională, care vă limitează activitățile (de ex. îmbrăcarea, îmbrăcarea, treburi casnice de zi cu zi, etc.) sau locuiți într-o unitate medicală sau un cămin pentru vârstnici?.....  Da  Nu

11. Sunteți cetățean american sau de naționalitate americană? .....  Da  Nu

12. Ați obținut cetățenia prin **naturalizare** sau **derivație**? (Aceasta înseamnă, de obicei, că v-ați născut în afara SUA.)

**DA. Dacă da**, răspundeți la întrebările a și b.  **NU. Dacă nu**, mergeți la întrebarea 13.

a. Număr de înregistrare străin: [Redacted] b. Număr certificat: [Redacted] După ce ați completat a și b, MERGEȚI DIRECT la întrebarea 14.

13. **Dacă nu sunteți cetățean american sau de naționalitate americană**, aveți statut de imigrare eligibil?  **DA**. Indicați tipul documentului și numărul de identificare. *Vezi instrucțiuni.*

Tip document de imigrare	Tip statut (opțional)	Scrieți-vă numele așa cum apare pe documentul de imigrare.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Număr de înregistrare străin sau I-94	Număr card sau pașaport
[Redacted]	[Redacted]

ID SEVIS sau data expirării (opțional)	Altele (cod categorie sau țara emitentă)
[Redacted]	[Redacted]

a. Locuiți în SUA din 1996? .....  Da  Nu  
b. Dumneavoastră, soțul/soția sau părinții dvs. sunt/-eți veteran/-i sau membru/-i activ/-i al/ai armatei SUA? .....  Da  Nu

14. Doriți asistență la plata facturilor medicale din ultimele 3 luni? .....  Da  Nu

15. Locuiți cu minim un copil cu vârsta sub 19 ani și sunteți principala persoană, care are grijă de acesta? (Selectați "Da", dacă dvs. sau soțul/soția aveți în îngrijire acest copil.) .....  Da  Nu

16. . Indicați numele și relațiile pentru toți copiii sub 19 ani, care locuiesc cu dvs.:  
[Redacted]

17. Sunteți student/-ă full-time? .....  Da  Nu 18. Vă aflați în îngrijire în plasament la vârsta de 18 ani sau mai mult?.....  Da  Nu

**Opțional:** (Completați toate variantele aplicabile.)

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

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



## PASUL 2: PERSOANA 1 (Continuați cu dumneavoastră.)

### Informații actuale despre locul de muncă și venit

- Angajat:** Dacă sunteți angajat în momentul de față, spuneți-ne despre venitul dvs. Începeți cu întrebarea 21.
  **Nu sunt angajat:** Mergeți la întrebarea 31.
  **Liber-profesionist:** Mergeți la întrebarea 30.

### Locul de muncă în momentul de față:

21. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

22. Numărul de telefon al angajatorului

23. Leafă / bacșiș (brut)

\$

Pe oră

Pe săptămână

La 2 săptămâni

24. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

Bilunar

Lunar

Anual

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

25. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

26. Numărul de telefon al angajatorului

27. Leafă / bacșiș (brut)

\$

Pe oră

Pe săptămână

La 2 săptămâni

28. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

Bilunar

Lunar

Anual

29. În ultimul an, ați:  Schimbat locul de muncă  Încetat să lucrați  Început să lucrați mai puțin  Nici una dintre variante

### 30. Dacă sunteți liber-profesionist, răspundeți la întrebările a și b:

a. Tip de muncă

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

\$

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

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

<input type="radio"/> Șomaj	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Pensie alimentară primită	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensie	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Net agricultură/piscicultură	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Asigurări Sociale	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Net închiriere/drepturi de autor	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Conturi de pensii	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Alte venituri	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>
				Tip: <input type="text"/>			

32. **Deduceri:** Completați toate întrebările aplicabile, indicați suma și cât de des o plățiți. Dacă plățiți pentru chestiuni, care pot fi deduse într-o declarație de impozit pe venit, menționarea acestora ar putea să scadă puțin prețul asigurării de sănătate. **OBSERVAȚIE:** Nu trebuie să includeți pensia alimentară pentru copii, pe care o plățiți, sau alte costuri luate în considerare în răspunsul dvs. despre venitul net din activitatea ca liber profesionist (întrebarea 30b).

<input type="radio"/> Pensie alimentară plătită	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Alte deduceri	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Dobândă pe împrumutul pentru studii	\$ <input type="text"/>	Cât de des?	<input type="text"/>	Tip: <input type="text"/>			

33. **Răspundeți la această întrebare, dacă venitul dvs. se modifică pe parcursul anului**, de exemplu, dacă aveți un serviciu doar pentru o parte a anului sau dacă primiți beneficii în anumite luni. Dacă nu vă așteptați la variații ale venitului dvs. lunar, treceți la persoana următoare. ➔

Venitul dvs. total pe **anul acesta**

\$

Venitul dvs. total pe **anul viitor** (dacă sunteți de părere că va fi diferit)

\$

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

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



## PASUL 2: PERSOANA 2

Observație: Dacă această persoană nu are nevoie de asigurare de sănătate, răspundeți numai la întrebările 1-10 de pe această pagină. Faceți o copie a paginilor 4-5, dacă în gospodăria dvs. trăiesc mai mult de 2 persoane.

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

1. Prenume	Nume de botez	Nume de familie	Sufix
[Redacted]			

2. Relația cu PERSOANA 1? <i>Vezi instrucțiuni.</i>	3. PERSOANA 2 este căsătorită? <input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu	4. Data nașterii (ll/zz/aaaa)	5. Sex <input type="radio"/> Bărbătesc <input type="radio"/> Femeiesc
[Redacted]		[Redacted]	

6. Număr de Securitate Socială (SSN) [Redacted] - [Redacted] - [Redacted] ★ Această informație este necesară, dacă doriți asigurare de sănătate pentru PERSOANA 2 și aceasta are SSN.

7. PERSOANA 2 locuiește la aceeași adresă ca PERSOANA 1?  Da  Nu  
Dacă nu, indicați adresa: [Redacted]

8. PERSOANA 2 plănuiește să depună declarația de impozit federal pe venit ANUL VIITOR? *(Puteți să aplicați pentru asigurare de sănătate, chiar dacă PERSOANA 2 nu depune declarația de impozit federal pe venit.)*

DA. Dacă da, vă rugăm să răspundeți la punctele a-c.  NU. Dacă nu, mergeți la întrebarea c

a. PERSOANA 2 va depune declarația de impunere împreună cu soțul/soția?  Da  Nu  
Dacă da, indicați numele soțului/soției: [Redacted]

b. Va solicita PERSOANA 2 deducere personală în declarația de impunere pentru vreo persoană aflată în întreținerea sa?  Da  Nu  
Dacă da, indicați numele persoanei/-lor aflată/-e în întreținere: [Redacted]

c. PERSOANA 2 va fi indicată ca persoană aflată în întreținere în declarația de impunere a altei persoane?  Da  Nu  
Dacă da, indicați numele persoanei, care depune declarația de impunere: [Redacted] În ce relație de rudenie se află PERSOANA 2 cu persoana, care depune declarația de impunere? [Redacted]

9. PERSOANA 2 este gravidă? .....  Da  Nu a. Dacă da, câți copii așteaptă în această sarcină? [Redacted]

10. PERSOANA 2 are nevoie de asigurare de sănătate? *(Chiar dacă PERSOANA 2 are asigurare medicală, ar putea exista un program cu acoperire mai bună și costuri mai scăzute.)*

DA. Dacă da, răspundeți la toate întrebările de mai jos.  NU. Dacă nu, MERGEȚI la întrebările despre venit de la pagina 5. Lăsați liber restul paginii.

11. PERSOANA 2 suferă de o afecțiune fizică, psihică sau emoțională, care îi limitează activitățile (de ex. îmbăierea, îmbrăcarea, treburi casnice de zi cu zi, etc.) sau locuiește într-o unitate medicală sau un cămin pentru vârstnici?  Da  Nu

12. PERSOANA 2 este cetățean american sau de naționalitate americană?  Da  Nu

13. PERSOANA 2 a obținut cetățenia prin naturalizare sau derivație? *(Aceasta înseamnă, de obicei, că s-a născut în afara SUA.)*

DA. Dacă da, răspundeți la întrebările a și b.  NU. Dacă nu, mergeți la întrebarea 14.

a. Număr de înregistrare străin [Redacted]

b. Număr certificat [Redacted] După ce ați completat a și b, MERGEȚI la întrebarea 15.

14. Dacă PERSOANA 2 nu este cetățean american sau de naționalitate americană, are statut de imigrare eligibil?  DA. Indicați tipul documentului și numărul de identificare. *Vezi instrucțiuni.*

Tip document de imigrare: [Redacted] Tip statut (opțional): [Redacted] Indicați numele PERSOANEI 2 așa cum apare pe documentul de imigrare. [Redacted]

Număr de înregistrare străin sau I-94	Număr card sau pașaport
[Redacted]	[Redacted]
ID SEVIS sau data expirării (opțional)	Altele (cod categorie sau țara emitentă)
[Redacted]	[Redacted]

a. PERSOANA 2 locuiește în SUA din 1996?  Da  Nu

b. PERSOANA 2 sau soțul/soția sau părinții PERSOANEI 2 sunt veterani sau membri activi ai armatei SUA?  Da  Nu

15. PERSOANA 2 dorește ajutor pentru plata facturilor medicale din ultimele 3 luni?  Da  Nu

16. PERSOANA 2 locuiește cu minim un copil cu vârsta sub 19 ani și este principala persoană, care are grijă de acesta? *(Selectați "Da", dacă PERSOANA 2 sau soțul/soția acesteia au în îngrijire acest copil.)*  Da  Nu

17. Indicați numele și relațiile pentru toți copiii sub 19 ani, care locuiesc cu PERSOANA 2: *(Acești copii pot fi aceiași cu cei menționați la pagina 2)*

[Redacted]

18. PERSOANA 2 se afla în îngrijire în plasament la vârsta de 18 ani sau mai mult?  Da  Nu

Vă rugăm să răspundeți la aceste întrebări, dacă PERSOANA 2 are maxim 22 de ani:

19. PERSOANA 2 a fost asigurată prin angajator, dar a pierdut asigurarea în ultimele 3 luni?  Da  Nu

a. Dacă da, data de expirare a poliței: [Redacted] b. Motivul, pentru care a încetat asigurarea: [Redacted]

20. PERSOANA 2 este student/-ă sau elev/-ă full-time?  Da  Nu

**Opțional:** *(Completați toate variantele aplicabile.)*

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

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



## PASUL 2: PERSOANA 2

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

### Informații actuale despre loc de muncă și venit

- Angajat:** Dacă PERSOANA 2 are un loc de muncă în momentul de față, spuneți-ne câte ceva despre venitul ei. Începeți cu întrebarea 23.
  **Nu este angajată:** Mergeți la întrebarea 33.
  **Liber-profesionistă::** Mergeți la întrebarea 32.

### Locul de muncă în momentul de față:

23. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

24. Numărul de telefon al angajatorului

25. Leafă / bacșiș (brut)

\$

Pe oră

Bilunar

Pe săptămână

Lunar

La 2 săptămâni

Anual

26. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

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

27. Numele angajatorului:

a. Adresa angajatorului

b. Localitate

c. Stat

d. Cod poștal

28. Numărul de telefon al angajatorului

29. Leafă / bacșiș (brut)

\$

Pe oră

Bilunar

Pe săptămână

Lunar

La 2 săptămâni

Anual

30. Număr mediu de ore lucrate SĂPTĂMÂNAL

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

32. Dacă PERSOANA 2 este liber-profesionistă, răspundeți la următoarele întrebări:

a. Tip de muncă:

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

\$

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

Șomaj \$  Cât de des?   Pensie alimentară primită \$  Cât de des?

Pensie \$  Cât de des?   Net agricultură/piscicultură \$  Cât de des?

Asigurări Sociale \$  Cât de des?   Net închiriere/drepturi de autor \$  Cât de des?

Conturi de pensii \$  Cât de des?   Alte venituri Tip:  \$  Cât de des?

34. **Deduceri:** Completați toate întrebările aplicabile, indicați suma și cât de des o primește PERSOANA 2. Dacă PERSOANA 2 plătește pentru chestiuni, care pot fi deduse într-o declarație de impozit pe venit, menționarea acestora ar putea să scadă puțin prețul asigurării de sănătate. **OBSERVAȚIE:** Nu trebuie să includeți pensia alimentară pentru copii, pe care o plătește PERSOANA 2, sau alte costuri luate în considerare în răspunsul dvs. despre venitul net din activitatea ca liber profesionist (întrebarea 32b).

Pensie alimentară plătită \$  Cât de des?   Alte venituri Tip:  \$  Cât de des?

Dobândă pe împrumutul pentru studii \$  Cât de des?

35. Răspundeți la această întrebare, doar dacă venitul PERSOANEI 2 se modifică pe parcursul anului, de exemplu, dacă PERSOANA 2 are un serviciu doar pentru o parte a anului sau dacă primește beneficii în anumite luni. Dacă nu vă așteptați la variații ale venitului lunar al PERSOANEI 2, treceți la persoana următoare. ➔

Venitul total al PERSOANEI 2 anul acesta

\$

Venitul total al PERSOANEI 2 anul viitor

\$

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

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

### PASUL 3: Membri de familie amerindieni sau nativi din Alaska (AI/NA:)

1. Dvs. sau oricine din familia dvs. sunteți amerindian sau nativ din Alaska?

- NU. Dacă nu,** mergeți la Pasul 4.  **DA. Dacă da,** continuați cu Pasul 4, de asemenea, completați Anexa B și includeți-o în aplicație.

### PASUL 4: Asigurarea de sănătate în familia dumneavoastră

1. Ați depus declarația de impunere pentru gospodăria dumneavoastră și ați armonizat toate creditele fiscale pentru prime utilizate, în fiecare an în care ați utilizat credite fiscale pentru prime?

**DA, creditele fiscale pentru prime au fost armonizate. Bifați cercul, numai dacă TOATE afirmațiile de mai jos sunt aplicabile în cazul dumneavoastră:**

- Ați folosit plăți în avans pentru credite fiscale pentru primele de asigurare (APTC) în unul sau mai mulți ani anteriori, pentru a scădea costurile asigurării dumneavoastră prin Marketplace.
- Contribuabilul din gospodăria dumneavoastră a depus declarația federală de impunere în toți acești ani.
- Plătitorul/plătoria de taxe au depus formularul IRS 8962 ([healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/](http://healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/)) cu înapoierea impozitelor.

2. A fost cineva din această aplicație considerat neeligibil pentru Medicaid sau Programul de Asigurare de Sănătate pentru Copii (CHIP) în ultimele 90 de zile? (Selectați da, doar dacă o persoană a fost considerată neeligibilă pentru aceste asigurări de către statul dumneavoastră, nu de Marketplace.).....  Da  Nu

Cine?

Sau, a fost o persoană din aplicația aceasta considerată neeligibilă pentru Medicaid sau CHIP în baza statutului ei de emigrare, începând din 1 octombrie 2013? .....  Da  Nu

Cine?

A aplicat cineva în cadrul acestei solicitări pentru asigurare în perioada de înscriere pentru (Programul de Schimb de Asigurare Medicală)? ....  Da  Nu

Cine?

3. I-a fost oferită vreun fel de acord între persoanele indicate în această aplicație asigurare de sănătate de la locul de muncă? Bifați da, chiar dacă asigurarea este de la locul de muncă al altcuiva, cum ar fi soțul/soția sau părinții, chiar dacă această persoană nu a acceptat asigurarea.

**DA.** Continuați, apoi completați Anexa A. Este vorba despre asigurările sociale oferite pentru angajații din sectorul public?.....  Da  Nu

**NO.**

4. Are cineva asigurare medicală în momentul de față?

- DA. Dacă da,** mergeți la întrebarea 6.  **NU. Dacă nu,** MERGEȚI la Pasul 5.

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

Numele persoanei, care deține asigurare de sănătate

Tipul asigurării:

- Asigurare prin angajator  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  Programul de asigurare de sănătate al VA  
 Peace Corps  Altele

**Dacă este vorba despre o asigurare de sănătate prin angajator:** (Trebuie să răspundeți și la întrebările din Anexa A.)

Numele companiei de asigurări de sănătate

Numărul / ID-ul poliței

**Dacă este alt fel de asigurare:**  Completați aici dacă aceasta este asigurare medicală prin (Programul de Schimb de Asigurare Medicală)

Numele companiei de asigurări de sănătate

Numărul / ID-ul poliței

Este o asigurare limitată, cum ar fi o poliță pentru accidente petrecute la școală?.....  Da  Nu

PERSOANA 1:

Numele persoanei, care deține asigurare de sănătate

Tipul asigurării:

- Asigurare prin angajator  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  Programul de asigurare de sănătate al VA  
 Peace Corps  Altele

**Dacă este vorba despre o asigurare de sănătate prin angajator:** (Trebuie să răspundeți și la întrebările din Anexa A.)

Numele companiei de asigurări de sănătate

Numărul / ID-ul poliței

**Dacă este alt fel de asigurare:**  Completați aici dacă aceasta este asigurare medicală prin (Programul de Schimb de Asigurare Medicală).

Numele companiei de asigurări de sănătate

Numărul / ID-ul poliței

Este o asigurare limitată, cum ar fi o poliță pentru accidente petrecute la școală?.....  Da  Nu

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

## PASUL 5: Acordul și semnătura dumneavoastră

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

Da  Nu

Pentru a înlesni stabilirea eligibilității dvs. pentru ajutor la plata asigurării în următorii ani, puteți fi de acord ca platforma Marketplace să poată utiliza date despre venit actualizate, inclusiv informații din declarația de impunere. Platforma Marketplace vă va trimite o notificare și veți avea posibilitatea de a face modificări. Marketplace va verifica, dacă s-au păstrat condițiile de eligibilitate și poate să vă ceară să demonstrați, că venitul dvs. se califică. Puteți oricând opta pentru a opri această funcție.

**Dacă nu**, actualizează automat informațiile mele pentru următorii:

- 4 ani  2 ani  Nu utiliza informațiile mele fiscale pentru a reînnoi eligibilitatea pentru ajutor la plata asigurării (alegerea acestei opțiuni poate influența posibilitatea de a obține ajutor la plata asigurării, la momentul reînnoirii.)
- 3 ani  1 ani

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

Da  Nu

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

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

### Dacă vreo persoană din această aplicație este eligibilă pentru Medicaid:

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

Avem nevoie de aceste informații pentru a verifica eligibilitatea dvs. pentru asistență la plata asigurării de sănătate, dacă ați ales să aplicați pentru aceasta. Vom verifica răspunsurile dvs. folosind informații din bazele noastre de date și cele ale autorității fiscale IRS, Administrației pentru Securitate Socială, Departamentului pentru Securitate Internă și/sau ale unei agenții de colectare de date despre consumatori. Dacă informațiile sunt contradictorii, există posibilitatea să vă solicităm să ne trimiteți dovezi.

### Ce să fac, dacă sunt de părere că rezultatele de eligibilitate sunt greșite?

Dacă nu sunteți de acord cu concluziile noastre, în multe cazuri puteți face contestație. Vă rugăm să recitiți notificarea despre eligibilitate, pentru a găsi instrucțiuni specifice pentru fiecare persoană din gospodăria dvs., care aplică pentru asigurare medicală, inclusiv informații despre numărul de zile acordat pentru înaintarea contestației. Mai jos găsiți informații importante de avut în vedere când înaintați o contestație:

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

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

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

Semnătură

Data semnăturii (ll/zz/aaaa)



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

## PASUL 6: Trimiteți aplicația completată prin poștă



Trimiteți aplicația semnată la adresa:  
**Health Insurance Marketplace**  
**Dept. of Health and Human Services**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40750-0001**



Dacă doriți să vă înregistrați la vot, puteți completa formularul de înregistrare votant la adresa [www.eac.gov](http://www.eac.gov).



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



## **Pentru a primi ajutor într-o altă limbă decât Engleză**

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

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

### **Español (Spanish)**

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.

### **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.

### **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.

## **Pentru a primi ajutor într-o altă limbă decât Engleză (Se continuă)**

### **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、通訳とお話してください。





# Anexa A

## Asigurare medicală prin locul de muncă

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

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

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

### INFORMAȚII DESPRE ANGAJAT

1. Numele angajatului (Prenume, nume de botez, nume de familie)	2. Număr de Securitate Socială al angajatului (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### INFORMAȚII DESPRE ANGAJATOR

3. Angajtor/numele companiei	
<input type="text"/>	
4. Număr Identificare Angajator (EIN)	5. Numărul de telefon al angajatorului
<input type="text"/>	( <input type="text"/> ) <input type="text"/>

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

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

**13. Este angajatul eligibil în momentul de față pentru asigurare oferită de acest angajator, sau va deveni eligibil în următoarele 3 luni?**

**DA** (Continuați)  **NU** (PENTRU ANGAJATOR: OPRIȚI-VĂ și înapoiati acest formular angajatului. PENTRU ANGAJAT: reveniți la aplicația pentru asigurarea prin Programul de Schimb de Asigurare Medicală.)

**a. Dacă angajatul nu se califică în prezent, inclusive ca rezultat al unei perioade de așteptare sau de probă, când va fi angajatul eligibil pentru asigurare? (Lună/zi/an)**

/  /

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

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

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

Nume

Nume

Nume

Se continuă pe pagina următoare

## NU COMPLETAȚI. ACEASTA NU ESTE O APLICAȚIE.

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

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

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

15. Cât va trebui să plătească angajatul pentru cel mai convenabil plan de costuri, **valabil numai pentru angajați**, care corespunde mediei valorii minime\*? Nu includeți planul pentru familie. **SPECIFICARE:** Dacă angajatorul oferă programe de ajutor social, precizați costul pentru asigurare pe care angajatul va trebui să o plătească în caz că angajatul primește reducerea maximă pentru programe de renunțare la fumat și dacă nu primește alte scutiri rezultate din programe de ajutor social.

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

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

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

(Mergeți la întrebarea următoare.)

16. Ce modificări va trebui angajatorul să facă pentru noul an de asigurare?

- Angajatorul nu va oferi asigurare de sănătate începând de la această dată: (lună/zi/an)

- Costul pentru asigurare se va modifica pentru cea mai convenabilă ofertă de costuri care corespunde mediei valorii minime\* și care este disponibilă numai pentru angajați. (Costul pentru asigurare poate reprezenta numai reduceri pentru programe de încetare a fumatului. A se vedea întrebarea 15.)

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

b. Cât de des ar trebui plătite?  Săptămânal  La 2 săptămâni  Bilunar  Lunar  Trimestria  Anual

c. Data modificării: (ll/zz/aaaa)

- Nu știu dacă angajatorul va face modificări.  
 Angajatorul nu va face nici una dintre aceste modificări.

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



# Anexa C

## Asistență pentru completarea acestei aplicații

### Numai pentru uzul consilierilor, observatorilor, agenților și brokerilor certificați

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

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

### Puteți alege un reprezentant autorizat.

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

1. Numele reprezentantului autorizat (Prenume, nume de botez, nume de familie)		
<input type="text"/>		
2. Adresa	3. Număr apartament sau unitate	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4. Localitate	5. Stat	6. Cod poștal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Telefon		
<input type="text"/>		
8. Numele organizației		
<input type="text"/>		
9. Nr. ID (dacă este cazul)		
<input type="text"/>		

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

10. Semnătura PERSOANEI 1 menționată în această aplicație	11. Data semnăturii (ll/zz/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>





# Anexa D

## Întrebări despre schimbări în viața dumneavoastră

**(Trebuie să completați restul aplicației împreună cu această pagină. Nu predați această pagină individual.)**

Dacă în viața cuiva din această aplicație au survenit schimbări importante în ultimele 60 de zile, răspundeți la următoarele întrebări. Anumite schimbări în viață permit acoperirii dumneavoastră prin Marketplace să înceapă imediat. Sugerăm să răspundeți acestor întrebări dacă aplicați după terminarea Perioadei Anuală de Înscriere și înaintea începerii următoarei Perioade Anuale de Înscriere.

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

### Spuneți-ne câte ceva despre modificările din gospodăria dvs.

#### 1. Și-a pierdut cineva calificarea pentru asigurare medicală în ultimele 60 de zile, sau se așteaptă să piardă această calificare?

Numele <input type="text"/>	Data, la care s-a terminat sau se va termina asigurarea (ll/zz/aaaa.) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bifați aici, dacă asigurarea a încetat din cauza neplății primelor de asigurare.	

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

Numele <input type="text"/>	Data (ll/zz/aaaa) <input type="text"/>
--------------------------------	---

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

Numele <input type="text"/>	Data (ll/zz/aaaa) <input type="text"/>
--------------------------------	---

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

Numele <input type="text"/>	Data (ll/zz/aaaa) <input type="text"/>
--------------------------------	---

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

Numele <input type="text"/>	Date (mm/dd/yyyy) <input type="text"/>
--------------------------------	---

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

Numele <input type="text"/>	Data (ll/zz/aaaa) <input type="text"/>
--------------------------------	---

#### 7. Și-a schimbat cineva locul/adresa de rezidență în ultimele 60 de zile?

Numele <input type="text"/>	Data mutării (ll/zz/aaaa) <input type="text"/>
--------------------------------	---

Care este codul ZIP al adresei dvs. anterioare?  Completați aici dacă v-ați mutat dintr-o țară străină sau dintr-un teritoriu dependent al Statelor Unite

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

**Dacă da, precizați numele mai jos:**

Numele