



## ← میتوان از طریق وبسایت **HealthCare.gov** چگونه آنلاین سریعتر درخواست نمود.



**این فورم درخواستی را جهت دریافت اینکه به چی نوع پوشش واجد شرایط میباشید ، بکار ببرید.**

- پلان های خصوصی بیمه صحتی به قیمت مناسب جهت کمک به صحت و سلامتی شما ، پوشش همه جانبه را فراهم مینماید.
- کربدت مالیاتی جدید شما را بلافاصله در پرداخت هزینه ماهوار پوشش بیمه صحتی کمک میکند.
- پوشش رایگان ویا به قیمت نازل از طرف بیمه Medicaid ویا پروگرام بیمه صحتی اطفال (CHIP) عرضه میگردد.
- شما میتونید برای پروگرام های رایگان ویا قیمت نازل واجد شرایط باشید حتی اگر عاید سالانه شما \$ 97,200 دالر نیز باشد ( برای فامیل 4 نفری )



**کی ها میتوانند این فورم درخواستی را استفاده نمایند؟**

- میتوان این فورم درخواستی را برای هریک عضو فامیل تان استفاده کرد.
- شما میتوانید درخواست نمایند حتی اگر شما یا طفل تان پوشش بیمه صحتی داشته باشند. احتمال می رود که شما واجد شرایط برای پوشش رایگان ویا قیمت نازل گردید.
- گر شما مجرد باشید ، میتوانید فورم مختصر و کوتاه را استفاده نمایند. به وبسایت **HealthCare.gov** سرزنید.
- فامیلهای که شامل مهاجرین میباشند میتوانند درخواست نمایند. شما میتوانید برای پوشش بیمه طفل تان درخواست نمایند حتی اگر شما واجد شرایط نباشید. درخواست نمودن برای پوشش بیمه بالای وضعیت مهاجرت شما ویا دریافت اقامت دائمی یا تابعیت تاثیرگذار نمیباشد.
- در صورتیکه فردی شما را در پُر کردن این فورم درخواستی کمک مینماید ، ایجاب مینماید که شما ضمیمه C را تکمیل نمایند.



**هنگام درخواست به چی چیز نیاز دارید**

- شماره سوشیل سکیوریتی ( یا شماره اسناد برای مهاجرین واجد شرایط که به پوشش بیمه نیاز دارند )
- معلومات راجع به کارفرما و عاید هر عضو فامیل تان ( بطور مثال ، ورقه معاش ، فورم مالیات W-2 ، یا حقوق ماهوار و اوراق مالیات )
- شماره پالیسی بیمه صحتی کنونی
- معلومات راجع به بیمه صحتی که مربوط کار شما بوده و برای فامیل شما قابل دسترس باشد.



**چرا ما چنین معلومات را تقاضا مینمائیم؟**

- معلومات عاید و سایر موضوعات به این دلیل از شما تقاضا میگردد تا در مورد نوعیت پوشش و دریافت کمک ها جهت پرداخت مصارف آن شما را اطلاع دهیم. طبق قانون ، ما تمام معلومات را که شما فراهم مینمائید مصون و محرمانه نگه میداریم. جهت دیدن متن قانونحريم خصوصی ، به وبسایت **HealthCare.gov** سرزده ویا رهنمودهای متذکره را ملاحظه نمایند.



**قدم های بعدی چی میباشد؟**

- فورم درخواستی تان را تکمیل و امضا نموده و بعداً آنرا به آدرس که در صفحه 7 ذکر است ، ارسال نمایند. اگر شما تمام معلومات مطالبه شده را نداشته باشید ، هنوز هم میتوانید ورقه درخواستی تانرا بفرستید. ما در ظرف 1 الی 2 هفته با شما پیگیری نموده و در صورت ضرورت احتمالاً از طرف بازار بیمه صحتی تماس تلفونی دریافت خواهید نمود. بعد از طی مراحل فورم درخواستی تان ، شما نامه را از طریق پوسته دریافت خواهید نمود که راجع به واجدیت شرایط شما تصمیم گرفته شده را بیان خواهد نمود. در صورتیکه شما چیزی از طرف ما نشنیدید ، در آن صورت با مرکز تلفون بازار بیمه صحتی تماس بگیرید. بُر کردن فورم درخواستی به معنی خریدن پوشش بیمه صحتی نمیباشد.



**راجع به فورم درخواستی ، کمک بگیرید.**

- از طریق آنلاین : به وبسایت **HealthCare.gov** از طریق آنلاین : به وبسایت
- از طریق تلفون : به مرکز تماس بازار بیمه صحتی به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. آن عده افرادی که مشکل شنوایی دارند میتوانند به شماره 1-855-889-4325 تماس بگیرند.
- بصورت حضوری : میتوان از مشاورین که در منطقه تان حضور دارند کمک دریافت نمود. جهت دریافت معلومات بیشتر به وبسایت **HealthCare.gov** رفته ویا به شماره بازار بیمه صحتی 1-800-318-2596 تماس بگیرید.
- سایر زبان ها : در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر جزء از انگلیسی داشته باشید ، میتوانید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نمایند خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شمارا بگونه رایگان کمک خواهیم کرد.
- شما حق دارید معلومات درج این سند را در شکل ویا قالب بدست آورید. همچنان شما حق دارید در صورتیکه علیه شما تبعیض صورت میگیرد ، شکایت نمایند. جهت دریافت معلومات بیشتر به وبسایت **www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html** سرزده ویا به شماره بازار بیمه 1-800-318-2596 تماس بگیرید. آن عده افرادی که مشکل شنوایی دارند میتوانند به شماره 1-855-889-4325 تماس بگیرند.



لطفاً با استفاده از رنگ های قلم سیاه ویا آبی تاریخ به حرف های کلان نوشته کنید.  
علام دایروی را پرنمائید. (○) مثلاً این چنین ← ●.

## مرحله 1 : راجع به خود صحبت نمائید.

( ما نیاز داریم که یک فرد بالغ در فامیل بعنوان شتخص تماس در فورم درخواستی تان ذکر باشد. )

نام	نام وسطی	نام فامیلی	پسوند
[ ]			
2. آدرس خانه ( در صورت نداشتن آدرس ، خالی بگذارید. )		3. شماره آپارتمان یا اطاق هتل	
[ ]		[ ]	
4. شهر	5. ایالت	6. کد پستی یا زپ کود	7. شهرستان ویا محله
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
8. آدرس پستی ( در صورتیکه از آدرس خانه تان متفاوت باشد )		9. شماره آپارتمان یا اطاق هتل	
[ ]		[ ]	
10. شهر	11. ایالت	12. کد پستی یا زپ کود	13. شهرستان ویا محله
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
14. شماره تلفون هنگام روز		15. شماره تلفون هنگام شام	
[ ] - [ ]		[ ] - [ ]	
16. آیا میخواهید معلومات راجع به فورم درخواست را از طریق ایمیل دریافت کنید؟ ایمیل آدرس: [ ]			
17. زبان گفتاری که شما ترجیح میدهید ، چی میباشد؟ زبان نوشتاری که شما ترجیح میدهید، چی میباشد؟			
[ ]			

## مرحله 2 : راجع به فامیل تان صحبت نمائید.

کی ها نیاز به شامل شدن در فورم درخواستی تان دارند؟

صفحات مرحله 2 را برای هر عضو فامیل تان حتی اگر بیمه صحتی هم داشته باشند، تکمیل نمائید. معلومات درج این فورم درخواستی ما را در عرضه بهترین پوشش بیمه برای شما کمک میکند. اندازه کمک و نوع برنامه های که شما واجد شرایط آن میباشد بستگی بر تعداد اعضای فامیل و عاید شما دارد. در صورتیکه شما فردی را شامل نسازید حتی اگر آنها پوشش بیمه صحتی هم داشته باشند ، بالای نتایج واجدیت شرایط شما تاثیر گذار میباشد.

برای افراد بالغ که نیاز به پوشش بیمه صحتی دارند:

افراد متذکره را شامل فورم درخواست تان نمائید حتی اگر آنها برای بیمه صحتی درخواست نمینمایند:

- هر همسر
- هر پسر یا دختر که زیر سن 21 بشمول اطفال فرزندخوانده که باشما زندگی میکنند
- هر آن شخص که در عین اوراق مالیات عاید فدرال درج میباشد ( بشمول فرزندان که بالاتر از سن 21 باشند و در اوراق مالیه عاید شامل باشند ). جهت دریافت بیمه صحتی ، شما نیاز ندارید که مالیات تانرا فایل ویا درج نمائید.

فرزندان که زیر سن 21 باشند و نیاز به پوشش بیمه صحتی داشته باشند:

افراد متذکره را شامل فورم درخواست تان نمائید حتی اگر آنها برای بیمه صحتی درخواست نمینمایند:

- هر یک از والدین ( پدر و مادر خوانده ) که با آنها زندگی میکنند
- خواهر ویا برادر که با آنها زندگی میکنند
- پسر ویا دختر بشمول اطفال فرزندخوانده که با آنها زندگی میکنند
- هر آن شخص که در عین اوراق مالیات عاید فدرال درج میباشد. جهت دریافت بیمه صحتی ، شما نیاز ندارید که مالیات تانرا فایل ویا درج نمائید.

مرحله 2 را برای هر یک از عضو فامیل تان تکمیل نمائید.

از خود آغاز نموده و بعداً افراد بالغ و فرزندان تان را علاوه نمائید. اگر بیشتر از 2 عضو در فامیل داشته باشید ، در انصورت شما باید اوراق را کاپی نموده و ضمیمه این فورم نمائید.

ضرور نیست که حالت مهاجرت و شماره سوشیل سیکیورتی اعضای فامیل تان که نیاز به پوشش بیمه صحتی ندارند فراهم نمائید. مطابق قانون ، ما تمام معلومات را که شما فراهم مینمائید محفوظ و محرم نگه میداریم. ما معلومات شخصی وخصوصی شما را صرفاً زمانی استفاده مینمائیم که واجدیت شرایط شما را بخاطر دریافت پوشش بیمه ارزیابی مینمائیم.



مرحله 2 : شخص 1 ( از خود آغاز نمائید )

مرحله 2 را برای خودتان، همسر و فرزندان تان که با شما زندگی میکنند و یا هر آن فردی که در اوراق مالیات عاید فدرال شما درج میباشند، تکمیل نمائید. جهت دریافت معلومات بیشتر راجع به اینکه کی ها را شامل سازید، به صفحه 1 مراجعه نمائید. در صورتیکه شما اوراق مالیات تان را فایل نکنید، بیاد داشته باشید که هنوز هم میتوانید اعضای فامیل تان که باشما زندگی میکنند را علاوه نمائید.

نام وسط	نام فامیلی	پسوند

2. رابطه با شخص 1 ؟	3. آیا متاهل هستید ؟	4. تاریخ تولد ( ماه / روز / سال )	5. جنس
خود	بلی <input type="radio"/> نه خیر <input type="radio"/>		مذکر <input type="radio"/> مؤنث <input type="radio"/>

6. شماره سوشیل سیکیورتی (SSN) - - - - -

★ اگر شما میخواهید پوشش بیمه صحت داشته باشید، در انصورت ما نیاز به شماره سوشیل سیکیورتی تان داریم. ما شماره سوشیل سیکیورتی را جهت بررسی عاید وسایر معلومات شما و ارزیابی واجدیت شرایط جهت دریافت کمک برای پرداخت هزینه پوشش بیمه صحت بکار میبریم. اگر نیاز برای دریافت شماره سوشیل سیکیورتی داشته باشید، به وبسایت [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov) سرزده و یا به شماره سوشیل سیکیورتی 1-800-772-1213 تماس بگیرید. انچه افرادی که مشکل شنوایی داشته باشند، میتوانند به شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند.

7. آیا پلان دارید که سال آینده اوراق مالیات فدرال تانرا فایل کنید ؟ اگر شما فایل هم نکنید، باز هم میتوانید جهت دریافت پوشش بیمه، درخواست نمائید.

بلی  اگر پاسخ تان بلی باشد، لطفاً سوالات از a الی c را پاسخ دهید.  نه خیر. اگر پاسخ تان نخیر باشد، به سوال c مراجعه نمائید.

a. آیا شما مشترکاً اوراق مالیات فدرال تانرا با همسر تان فایل میکنید؟ ..... بلی  نه خیر  اگر پاسخ تان بلی باشد، در انصورت نام همسرتانرا بنوسید: \_\_\_\_\_

b. آیا شما هنگام فایل کردن اوراق مالیات فدرال تان، اعضای فامیل یا افراد وابسته به شما را درج میکنید؟ ..... بلی  نه خیر  اگر پاسخ تان بلی باشد، در انصورت نام های افراد وابسته به شما را بنوسید: \_\_\_\_\_

c. آیا شما به عنوان فرد وابسته در اوراق مالیات شخصی دیگر درج خواهید بود؟ ..... بلی  نه خیر  اگر پاسخ تان بلی باشد، در انصورت لطفاً نام شخص فایل کننده مالیات را بنوسید: \_\_\_\_\_ رابطه شما با شخص فایل کننده مالیات چی میباشد؟ \_\_\_\_\_

8. آیا شما باردار (حامله) میباشید؟ ..... بلی  نه خیر  a. گر پاسخ تان بلی باشد، در انصورت چند طفل از این بارداری توقع میروند. \_\_\_\_\_

9. آیا شما نیاز به پوشش بیمه دارید؟ حتی اگر شما پوشش بیمه هم داشته باشید، احتمال موجودیت برنامه های میروود که دارای پوشش بهتر و یا قیمت نازل باشند.  بلی. اگر پاسخ تان بلی باشد، در انصورت تمام سوالات ذیل را پاسخ دهید.  نخیر. اگر پاسخ تان نخیر باشد، در انصورت به سولات راجع به عاید تان که در صفحه 3 ذکر است مراجعه نمائید. باقیمانده این صفحه را خالی بگذارید.

10. آیا شما تکلیف فیزیکی، روانی و یا عاطفی که باعث محدودیت در فعالیت ها ( از قبیل حمام گرفتن، لباس پوشیدن، کارهای روزمره خانه، و غیره ) گردد دارید و یا اینکه در تسهیلات پزشکی یا خانه سالمندان زندگی میکنید؟ ..... بلی  نه خیر

11. آیا شما شهروند و یا تبعه امریکا میباشید؟ ..... بلی  نه خیر

12. آیا شما شهروند نچرلایزد و یا بخاطر تبعه والدین تان شهروند امریکا گردیدید؟ ( به این معنی که شما در خارج از امریکا تولد شده اید )  بلی. اگر پاسخ تان بلی باشد، در انصورت بخش a و b را تکمیل نمائید.  نخیر. اگر پاسخ تان نخیر باشد، در انصورت به سوال 13 ادامه دهید. -

a. شماره ایلین گرین کارت : \_\_\_\_\_ شماره شهادتنامه تابعیت b. \_\_\_\_\_ بعد از تکمیل نمودن بخش a و b، به سوال 14 مراجعه نمائید.

13. اگر شما شهروند و یا تبعه امریکا نمیباشید، آیا شما حالت مهاجرت قانونی دارید ؟  بلی. شمله نوعیت اسناد و کارت هویت تانرا بنوسید. هدایترا بخوانید.  نوع سند مهاجرت \_\_\_\_\_ نوع حالت مهاجرت ( اختیاری ) \_\_\_\_\_ نام تانرا طوری که در سند مهاجرت ذکر است بنوسید. -

شماره ایلین گرین کارت یا شماره I-94 \_\_\_\_\_ کارت هویت SEVIS با تاریخ انقضاء (اختیاری) \_\_\_\_\_ سایر موضوعات ( کود کتگوری یا کشور صادرکننده ) \_\_\_\_\_ SEVIS ID یا میعاد ختم بونه کی تاریخ (اختیاری) \_\_\_\_\_

a. آیا شما در امریکا از سال 1996 به اینطرف زندگی کرده اید؟ ..... بلی  نه خیر  b. آیا شما، همسر و یا والدین تان در اردوی امریکا خدمت کرده و یا همین حالا بشکل برحال خدمت میکنید؟ ..... بلی  نه خیر

14. آیا شما جهت پرداخت مصارف بل صحت که در 3 ماه گذشته صورت گرفته است به کمک نیاز دارید؟ ..... بلی  نه خیر

15. آیا شما حد اقل با یک طفل که زیر سن 19 باشد زندگی میکنید و آیا شما مسئولیت مراقبت این طفل را بعهده دارید؟ ( پاسخ "بلی" را انتخاب نمائید اگر شما و یا همسر تان مسئولیت این طفل را بعهده دارد. ) ..... بلی  نه خیر

16. نام ها و رابطه اطفال که زیر سن 19 میباشند و یا شما در یک خانه زندگی میکنید، بنوسید: \_\_\_\_\_

17. آیا شما دانش آموز تمام روز میباشید؟ ..... بلی  نه خیر  18. آیا شما در سن 18 و یا بزرگتر در پرورشگاه زندگی کرده اید؟ ..... بلی  نه خیر

20. نژاد:  سفید پوست  سیاه پوست  امریکایی افریقای الاصل  سرخپوست امریکایی  بومی آلاسکایی  فلیپینی  جاپانی  کوریایی  هندوستانی  چینیایی ( تمام موارد که قابل تطبیق میباشد، پُر نمائید. )  ویتنامی  سایر ملیت های آسیایی  بومی هوائی  گوامی یا جامارو  سمون  سایر باشندگان جزیره پسیفیک  دیگران \_\_\_\_\_

★ آیا راجع به فورم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به وبسایت [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) سرزده و یا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر بجز از انگلیسی داشته باشید، میتوانید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شمارا بگونه رایگان کمک خواهیم کرد. آنچه افرادی که مشکل شنوایی دارند میتوانند به شماره 1-855-889-4325 تماس بگیرند.



## مرحله 2 : شخص 1 ( موضوعات راجع به خودتان را ادامه دهید. )

### وظیفه فعلی و معلومات راجع به عایدتان

- **وظیفه :** اگر وظیفه دارید ، راجع به عایدتان بنویسید. از سوال 21 آغاز نمائید.
- **بیکار استید :** درآنصورت به سوال 31 مراجعه نمائید.
- **کارو بار شخصی دارید :** به سوال 30 مراجعه نمائید.

### وظیفه فعلی 1 :

21. اسم کارفرما

a. آدرس کارفرما

b. شهر

c. ایالت

d. کد پستی

22. شماره تلفون کارفرما

23. معاش / پول بخششی ( قبل از مالیات )  
 ساعتوار  
 ماه دوبار  
 هفته وار  
 ماهوار  
 هر دو هفته  
 سالانه

24. اوسط ساعات کاری در هر هفته

### وظیفه فعلی 2 : ( درصورت داشتن وظایف بیشتر و نیاز برای جای نوشتن دارید ، سپس یک ورق دیگر را ضمیمه این فورم سازید. )

25. اسم کارفرما

a. آدرس کارفرما

b. شهر

c. ایالت

d. کد پستی

26. شماره تلفون کارفرما

27. معاش / پول بخششی ( قبل از مالیات )  
 ساعتوار  
 ماه دوبار  
 هفته وار  
 ماهوار  
 هر دو هفته  
 سالانه

28. اوسط ساعات کاری در هر هفته

29. در گذشته ، آیا شما موارد ذیل را انجام داده اید؟  
 تغییر وظیفه  
 توقف دادن وظیفه  
 کار برای چند شاعت محدود  
 هیچ یک از موارد فوق

### 30. در صورتیکه وظیفه شخصی دارید ، بخش a و b را پاسخ دهید:

a. نوع کار :

b. عاید خالص شما از وظیفه شخصی ( منافع تجارت شما بعد از پرداخت مصارفتان ) در این ماه چند خواهد بود ؟  
 هدایات را ببینید.

 \$

31. سایر عاید مالی که در این ماه بدست میاورید : تمام موارد که قابل تطبیق است پُر نموده و مقدار عاید را باتوجه به اینکه چندبار آنرا بدست میاورید بنویسید. در صورتیکه پاسختان هیچ باشد ، این جای خالی را پُر ننمائید. ● **یادداشت :** ضرور نیست که راجع به عاید ناشی از پول حمایه طفل ، پول نظامی ویا پول کمکی مصونیتی که بنام SSI نیز یاد میگردد صحبت نمائید.

● بیکاری	\$ چند بار ؟	● دریافت نفقه از طرف همسر	\$ چند بار ؟
● حقوق بازنشستگی	\$ چند بار ؟	● عاید ناشی از کشاورزی / ماهیگیری	\$ چند بار ؟
● سوشیل سیکیورتی	\$ چند بار ؟	● عاید ناشی از کرایه / حق الامتياز	\$ چند بار ؟
● حساب بازنشستگی	\$ چند بار ؟	● سایر عواید نوع :	\$ چند بار ؟

32. **کسر مقدار پول از مالیات :** تمام خانه خالی های که قابل تطبیق میباشد را پُر نمائید و مقدار آنرا باتوجه به اینکه چندبار میپردازید بنویسید. اگر شما بالای بعضی چیزهای مشخص پول بمصرف میرسانید واین مقدار را هنگام فایل کردن مالیات فدرالتان کسر مینمائید مارا مطلع سازید ، زیرا بادنستن چنین موضوعات میتوانید پوشش بیمه صحی را به قیمت پائین بدست آورید. **یادداشت :** ضرور نیست پول حمایه طفل را که میپردازید ویا هزینه که قبلاً در بخش پاسخ به سولات مربوط عاید ووظیفه شخصی میباشد ( سوال بخش 30b) شامل سازید.

● پول پرداخته شده برای همسر	\$ کتنی کثرت سے؟	● سایر دیدکشن یا کسر مصارف از مالیات	\$ چند بار ؟
● سود قرض دانشجو	\$ کتنی کثرت سے؟	نوع :	\$ چند بار ؟

33. **در صورتیکه عایدتان در جریان سال تغییر میخورد ، طور مثال ، شما در یک وظیفه صرف چند ماه در جریان سال کار میکنید ویا منافع پولی برای چندین ماه دیگر بدست میاورید ، درآنصورت به این سولات پاسخ دهید.** اگر تغییرات را در عاید ماهوارتان توقع نمیکند ، درآنصورت به بخش تحت عنوان شخص بعدی مراجعه نمائید. ←

مجموعه عایدتان در سال جاری	\$	مجموعه عایدتان در سال بعدی ( اگر فکر میکنید که متفاوت میباشد )	\$
----------------------------	----	--	----

### تشکر ! این معلومات بود که ما راجع به شناختن شما نیاز داشتیم.

آیا راجع به فورم درخواستتان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به وبسایت [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) سرزده ویا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر جزء از انگلیسی داشته باشید ، میتوانید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شمارا بگونه رایگان کمک خواهیم کرد. آنچه افرادیکه مشکل شنوایی دارند میتوانند به شماره 1-855-889-4325 تماس بگیرند.

# این فورم را تکمیل ننمایید. این فورم درخواستی نمیباشد.



یادداشت : اگر این شخص نیاز به بیمه صحت نداشته باشد ، در آنصورت صرفاً سوالات 1 الی 10 را پاسخ دهید. در صورتیکه در فامیل شما بیشتر از 2 نفر زندگی میکنند ، در آنصورت یک نقل (کاپی) ورق 4 و 5 را بگیرید.

## مرحله 2 : شخص 2

این صفحه را برای همسر و فرزندان تان که با شما زندگی میکنند و یا هر آن فردی که در اوراق مالیات عاید فدرال شما درج میباشند ، تکمیل نمایند. در صورتیکه شما اوراق مالیات تان را فایل نمیکنید ، باید داشته باشید که هنوز هم میتوانید اعضای فامیل تان که با شما زندگی میکنند را علاوه نمایند. جهت دریافت اینکه کی ها را شامل فورم درخواست تان سازید ، به صفحه 1 مراجعه نمایند.

نام	نام وسط	نام فامیلی	پسوندها
1. رابطه با شخص 1 ؟ هدایات را در زمینه ببینید.			
2. آیا شخص 2 در عین آدرس شخص 1 زندگی میکند ؟			
3. آیا شخص 2 متاهل است؟			
4. تاریخ تولد ( ماه / روز / سال )			
5. جنس			
6. شماره سوشیل سیکوریتی (SSN)			
7. آیا شخص 2 در عین آدرس شخص 1 زندگی میکند ؟			
8. آیا شخص 2 پلان دارد که سال آینده مالیات عاید فدرال خود را درج یا فایل کند؟			
9. یا شخص 2 باردار (حامله) میباشد؟			
10. آیا شخص 2 نیاز به پوشش بیمه دارد؟			
11. آیا شخص 2 تکلیف فزینی ، روانی و یا عاطفی که باعث محدودیت در فعالیت ها ( از قبیل حمام گرفتن ، لباس پوشیدن ، کارهای روزمره خانه ، و غیره ) گردد دارد و یا اینکه در تسهیلات پزشکی یا خانه سالمندان زندگی میکند؟			
12. آیا شخص 2 شهروند و یا تبعه امریکا میباشد؟			
13. آیا شخص 2 شهروند نچرالایزد و یا بخاطر تابعیت والدین شهروند امریکا گردیده است؟			
14. اگر شخص 2 شهروند و یا تبعه امریکا نمیباشید ، آیا آنها حالت مهاجرت مجوز دارند ؟			
15. آیا شخص 2 جهت پرداخت مصارف بل صحتی که در 3 ماه گذشته صورت گرفته است به کمک نیاز دارد؟			
16. آیا شخص 2 حد اقل با یک طفل که زیر سن 19 باشد زندگی میکند و آیا شخص 2 مسئولیت مراقبت این طفل را بعهده دارد؟			
17. نام ها و رابطه اطفال که زیر سن 19 میباشند و یا شخص 2 در یک خانه زندگی میکنند ، بنویسید: ( افراد مذکور میتوانند اطفال باشند که در صفحه 2 ذکر گردیده اند )			
18. آیا شخص 2 در سن 18 و یا بزرگتر در پرورشگاه زندگی کرده است؟			
19. اگر شخص 2 به سن 22 و یا کوچکتر میباشد ، در آنصورت سوالات آتی را پاسخ دهید:			
20. آیا بیمه صحتی شخص 2 از طریق وظیفه اش فراهم و بیمه متذکره را در 3 ماه گذشته از دست داده است؟			
21. اگر پاسخ بلی باشد ، در آنصورت تاریخ ختم بیمه صحتی را بنویسید:			
22. نژاد:			

یا راجع به فورم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به وبسایت [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) سرزده و یا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر بجز از انگلیسی داشته باشید ، میتوانید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شمارا بگونه رایگان کمک خواهیم کرد. آندوه افرادی که مشکل شنوایی دارند میتوانند به شماره 1-855-889-4325 تماس بگیرند.

# این فورم را تکمیل ننمائید. این فورم درخواستی نمیباشد.



راجع به عاید شخص 2 معلومات دهید.

این ورق را تکمیل ننمائید حتی اگر شخص 2 به پوشش بیمه صحتی نیاز نداشته باشد.

## مرحله 2 : شخص 2

### وظیفه فعلی و معلومات راجع به عاید تان

- **ووظیفه :** اگر شخص 2 وظیفه دارد ، راجع به عاید او بنویسید. از سوال 23 آغاز نمائید.
- **بیکار استید :** در انصورت به سوال 33 مراجعه نمائید.
- **کارو بار شخصی دارید :** به سوال 32 مراجعه نمائید.

### وظیفه فعلی 1 :

23. اسم کارفرما

a. آدرس کارفرما

b. شهر

c. ایالت

d. کد پستی

24. شماره تلفون کارفرما

25. معاش / پول بخششی ( قبل از مالیات )  
 ساعتوار  
 ماه دوبار  
 هفته وار  
 ماهوار  
 هر دو هفته  
 سالانه

26. اوسط ساعات کاری در هر هفته

### وظیفه فعلی 2 : ( در صورتیکه شخص 2 وظایف بیشتر داشته باشد و نیاز برای جای نوشتن بیشتر باشد ، سپس یک ورق دیگر را ضمیمه این فورم سازید.)

27. اسم کارفرما

a. آدرس کارفرما

b. شهر

c. ایالت

d. کد پستی

28. شماره تلفون کارفرما

29. معاش / پول بخششی ( قبل از مالیات )  
 ساعتوار  
 ماه دوبار  
 هفته وار  
 ماهوار  
 هر دو هفته  
 سالانه

30. اوسط ساعات کاری در هر هفته

31. در گذشته ، آیا شخص 2 موارد ذیل را انجام داده است؟  
 تغییر وظیفه  
 توقف دادن وظیفه  
 کار برای چند شاعت محدود  
 هیچ یک از موارد فوق

### 32. در صورتیکه شخص 2 وظیفه شخصی دارد ، در انصورت سوالات آتی را پاسخ دهید:

a. نوع کار :

b. عاید خالص شخص 2 از وظیفه شخصی ( منافع تجارت بعد از پرداخت مصارف ) در این ماه چند خواهد بود ؟ هدایات را ببینید.

33. سایر عاید مالی شخص 2 که در این ماه بدست میآورد : تمام موارد که قابل تطبیق است پُر نموده و مقدار عاید را با توجه به اینکه چندبار آنرا بدست میآورد بنویسید.  
 یادداشت : ضرور نیست که راجع به عاید شخص 2 که ناشی از پول حمایتی طفل ، پول نظامی ویا پول کمکی مصونیتی که بنام SSI نیز یاد میگردد صحبت نمائید.

● بیکاری	\$ چند بار ؟	● دریافت نفقه از طرف همسر	\$ چند بار ؟
● حقوق بازنشستگی	\$ چند بار ؟	● عاید ناشی از کشاورزی / ماهیگیری	\$ چند بار ؟
● سوشیل سیکیورتی	\$ چند بار ؟	● عاید ناشی از کرایه / حق الامتیاز	\$ چند بار ؟
● حساب بازنشستگی	\$ چند بار ؟	● سایر عواید نوع :	\$ چند بار ؟

34. **کسر مقدار پول از مالیات :** تمام خانه خالی های که قابل تطبیق میباشد را پُر نمائید و مقدار آنرا با توجه به اینکه چندبار شخص 2 آنرا میپردازد بنویسید. اگر شخص 2 بالای بعضی چیزهای مشخص پول بمصرف میرساند و این مقدار را هنگام فایل کردن مالیات فدرال کسر مینماید مارا مطلع سازید ، زیرا بادنستن چنین موضوعات میتوان پوشش بیمه صحتی را به قیمت نازل بدست آورد.  
 یادداشت : ضرور نیست پول حمایتی طفل را که شخص 2 میپردازد ویا هزینه که قبلاً در بخش پاسخ به سولات مربوط عاید وظیفه شخصی میباشد( سوال بخش 32b) شامل سازید.

● پول پرداخته شده برای همسر	\$ کتنی کثرت سے؟	● سایر دیدگشن یا کسر مصارف از مالیات	\$ چند بار ؟
● سود قرض دانشجو	\$ کتنی کثرت سے؟	نوع :	\$ چند بار ؟

35. در صورتیکه عاید شخص 2 در جریان سال تغییر میخورد ، طور مثال ، شخص 2 در یک وظیفه صرف چند ماه در جریان سال کار میکند ویا منافع پولی برای چندین ماه دیگر بدست میآورد ، در انصورت به این سولات پاسخ دهید. اگر تغییرات را در عاید ماهوار شخص 2 توقع نمیکنید ، در انصورت به بخش تحت عنوان شخص بعدی مراجعه نمائید.

مجموعه عاید شخص 2 در سال جاری	\$	مجموعه عاید شخص 2 در سال بعدی	\$
-------------------------------	----	-------------------------------	----

### تشکر ! این معلومات بود که ما راجع به شناختن شخص 2 نیاز داشتیم.

آیا راجع به فورم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به وبسایت [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) سرزده ویا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر جزء از انگلیسی داشته باشید، میتونید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شمارا با گونه رایگان کمک خواهیم کرد. آنچه افرا دیکه مشکل شنوایی دارند میتوانند به شماره 1-855-889-4325 تماس بگیرند.





### مرحله 3 : اعضای فامیل سرخپوستان امریکایی یا بومی های الاسکایی

1. آیا شما ویا فردی در فامیل شما از سرخپوستان امریکایی یا بومی های الاسکایی میباشد؟

● خیر. اگر پاسخ تان نخیر باشد، درآنصورت به مرحله 4 مراجعه نمائید. .. ● بلی. اگر پاسخ تان بلی باشد، درآنصورت به مرحله 4 مراجعه و ضمیمه B را تکمیل و شامل این فورم درخواستی نمائید.

### مرحله 4 : پوشش بیمه فامیل شما :

1. با توجه به دریافت کریدت مالیاتی درهرسال ، آیا خانواده شما اوراق مالیات خود را درج و کریدت مالیاتی استفاده شده را مطابقت داده اند ؟

● بلی، کریدت مالیاتی با اوراق مالیات مطابقت داده شده است. درصورتیکه موارد آتی قابل تطبیق میباشد ، درآنصورت حلقه دایروی را پُر نمائید:  
بمنظور کاهش هزینه پوشش بیمه بازا را ، شما کریدت مالیاتی را بگونه پیش پرداخت در یک یا چند سال گذشته استفاده نموده اید.

● شخص درج کننده مالیات خانواده شما برای سالهای ذیل مالیات فدرال را درج کرده است.  
● شخص درج کننده اوراق مالیات فورم 8962 ای. آر. اس را تسلیم نموده است. ([healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit](http://healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/)) جمع کروایا بے.

2. در 90 روز گذشته ، آیا کسی در این فورم درخواستی برای بیمه صحی Medicaid و بیمه صحی برنامه اطفال (CHIP) واجد شرایط شمرده نشده است؟

( پاسخ بلی را انتخاب نمائید اگر شخص متذکره توسط ایالت واجد شرایط شمرده نشده باشد نه توسط بازار بیمه صحی ) ..... ● بلی ● نه بلی

کی ؟

یا ، آیا کسی بنا بر وضعیت مهاجرت اش از تاریخ 1 اکتوبر سال 2013 به اینطرف واجد شرایط برای بیمه صحی Medicaid یا بیمه صحی برنامه اطفال CHIP شمرده نشده ؟ ● بلی ● نه بلی

کی ؟

آیا کسی در این فورم درخواستی برای پوشش بیمه درجریان زمان آزاد ثبت نام درخواست نموده است ؟ ..... ● بلی ● نه بلی

کی ؟

3. آیا شخصی که در این فورم ذکر است از طرف وظیفه اش پوشش بیمه صحی دریافت نموده است؟ دکمه بلی را انتخاب نمائید حتی اگر شخص متذکره از طرف وظیفه شخص دیگری مثل والدین یا همسر بیمه صحی را دریافت نموده باشد. حتی اگر آنها پوشش را نپذیرند ، هنوز هم بلی را انتخاب نمائید.

● بلی. ادامه دهید و ضمیمه A را تکمیل نمائید. آیا پلان بیمه جزء از فواید کارمندان ایالت میباشد؟ ..... ● بلی ● نه بلی

● نخیر.

4. همین اکنون آیا کسی در پوشش بیمه شامل میباشد ؟

● بلی. اگر پاسخ بلی باشد ، درآنصورت به سوال 6 ادمه دهید. ● نخیر. اگر پاسخ نخیر باشد، درآنصورت به سوال 5 مراجعه نمائید.

5. معلومات راجع به پوشش بیمه صحی جاری. ( اگر بیشتر از 2 نفر همین اکنون پوشش بیمه صحی دارند ، درآنصورت یک نقل از این صفحه را کاپی کنید. )  
نوعیت پوشش مثلاً بیمه از طرف کارفرما ، بیمه کوبرا ، بیمه Medicaid ، بیمه اطفال بنام CHIP ، بیمه Medicare ، پروگرام بیمه صحی بنام VA ، بیمه Peace Corps ویا سایر بیمه ها را بنوسید. ( راجع به بیمه TRICARE چیزی نوشته نکنید درصورتیکه شما بیمه صحی مستقیم یا Line of Duty داشته باشید. )

نام شخص که در پوشش بیمه صحی ثبت شامل است

.....

نوع پوشش :

● بیمه از طرف کارفرما ● بیمه کوبرا یا COBRA ● بیمه Medicaid ● بیمه اطفال یا CHIP ● بیمه Medicare ● بیمه TRICARE  
● بیمه صحی VA ● بیمه Peace Corps ● سایر بیمه ها

اگر بیمه از طرف کارفرما عرضه میگردد : ( درآنصورت شما نیاز دارید که ضمیمه A را تکمیل نمائید. )

اسم شرکت بیمه صحی | شماره پالیسی / کارت هویت

.....

اگر پوشش از نوع متفاوت باشد: ● موارد آتی را پُر نمائید درصورتیکه پوشش صحی تان از بازار بیمه میباشد.

اسم شرکت بیمه صحی | شماره پالیسی / کارت هویت

.....

آیا پلان بیمه دارای فواید محدود صحی میباشد ، مثلاً صرفاً حوادث مربوط مکتب را تحت پوشش قرار میدهد؟ ..... ● بلی ● نه بلی

نام شخص که در پوشش بیمه صحی ثبت شامل است

.....

نوع پوشش :

● بیمه از طرف کارفرما ● بیمه کوبرا یا COBRA ● بیمه Medicaid ● بیمه اطفال یا CHIP ● بیمه Medicare ● بیمه TRICARE  
● بیمه صحی VA ● بیمه Peace Corps ● سایر بیمه ها

اگر بیمه از طرف کارفرما عرضه میگردد : ( درآنصورت شما نیاز دارید که ضمیمه A را تکمیل نمائید. )

اسم شرکت بیمه صحی | شماره پالیسی / کارت هویت

.....

اگر پوشش از نوع متفاوت باشد: ● موارد آتی را پُر نمائید درصورتیکه پوشش صحی تان از بازار بیمه میباشد.

اسم شرکت بیمه صحی | شماره پالیسی / کارت هویت

.....

آیا پلان بیمه دارای فواید محدود صحی میباشد ، مثلاً صرفاً حوادث مربوط مکتب را تحت پوشش قرار میدهد؟ ..... ● بلی ● نه بلی



## مرحله 5 : موافقتنامه و امضاء شما

1. آیا شما موافق هستید و بازار بیمه صحتی را اجازه میدهید که معلومات راجع به عاید بشمول معلومات مالیات فدرال تان را برای 5 سال آینده استفاده نمایند؟ .....  بل  نه  
جهت آسان ساختن پروسه تصمیم گیری راجع به واجدیت شرایط شما و کمک باشما جهت پرداخت هزینه پوشش درسال های آینده ، شما میتوانید بازار بیمه صحتی را اجازه دهید تا معلومات تازه وجدید راجع به عاید شما باتوجه به مالیات فدرال تان استفاده نمایند. بازار بیمه صحتی یک اعلامیه را به شما ارسال میدار که راجع به آوردن تغییرات شمارا آگاه میسازد. بازار بیمه صحتی معلومات عاید شما را بررسی میکند و میبیند که آیا شما هنوز هم واجد شرایط استید یا خیر ، همچنان احتمال میرود که از شما درخواست نمایند تا راجع به عایدتان بعضی شواهد را ارسال نمایند تا واجدیت شرایط شما را شناسایی نمایند. شما میتوانید خودرا از پروسه بررسی عاید تان توسط بیمه بازار صحتی خارج سازید.

اگر پاسخ خیر باشد ، درآنصورت میتوانید بیان دارید که معلومات شما را برای سال های ذیل تجدید نمایند:

4 سال  2 سال  معلومات مالیات مرا جهت تجدید واجدیت شرایط برای دریافت کمک ها بمنظور پرداخت هزینه بیمه صحتی استفاده ننمائید. ( با انتخاب این گزینه ، قابلیت دریافت کمک جهت پرداخت هزینه پوشش هنگام تجدید ، متاثر میگردد)

2. آیا کسی که به بیمه صحتی در این فورم درخواست مینماید ، زندانی میباشد ( به این معنی که توقیف ویا محبوس میباشد) ؟ .....  بل  نه  
اگر پاسخ بلی باشد ، درآنصورت نام شخص را بیان دارید. نام شخص زندانی شده عبارت از :

اگر این بخش را پُر نمائید در صورتیکه اتهامات وارده از این شخص برداشته میشود.

### اگر فردی در این فورم درخواستی واجد شرایط برای بیمه Medicaid باشد ، نامش ا بنوسید:

- من به سازمان Medicaid اجازه میدهم که در رابطه به پیگیری و دریافت هرگونه پول از سایر شرکت های بیمه صحتی ، حل و فصل مسائل حقوقی ویا جناح های ثالث از حقوق من نمایندگی کنند. همچنان من به سازمان Medicaid اجازه میدهم که در رابطه به پیگیری و دریافت حمایه صحتی از همسر یا والدین از طرف من نمایندگی کنند.
- آیا طفل در این فورم درخواستی ذکر است که یکی از والدین اش خارج از خانه زندگی کند؟ .....  بل  نه
- اگر پاسخ بلی باشد ، درآنصورت میدانم سازمان که مسئولیت جمع آوری حمایه صحتی از والدین غایب را دارد از من مطالبه همکاری خواهند نمود. در صورتیکه من فکر کنم که همکاری با سازمان جمع آوری حمایه صحتی باعث آزار واذیت من یا اطفالم میگردد ، در آنصورت به بیمه Medicaid میگویم که من باشما همکاری نمیکنم.
- این فورم درخواستی را باتوجه به قانون مجازات شهادت دروغ امضاء مینمایم ، به این معنی، پاسخ های که به تمام سوالات ارائه نموده ام درست وصحت طبق اطلاعات که دارم میباشد. در صورتیکه من عمداً معلومات نادرست وغیرواقعی را ارائه کرده باشم ، طبق قانون فدرال مجازات میگردد.
- میدانم که من باید بازار بیمه صحتی را در جریان 30 روز اطلاع دهم در صورتیکه تغییرات ( موارد که متفاوت با محتویات فورم میباشد) بوجود میاید. میتوانم جهت گزارش دادن هرگونه تغییرات به وبسایت [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) سر بزنم ویا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرم. میدانم که هرگونه تغییرات در معلومات ارائه شده در واجدیت شرایط من و اعضای فامیل برای بیمه صحتی تاثیر گذار میباشد.

میدانم که تحت قانون فدرال، تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، جنسیت، سن، گرایش جنسی، هویت جنسی، یا معلولیت مجاز نیست. میتوانم راجع به تبعیض به وبسایت [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) رفته وشکایت را درج نمایم.

میدانم اطلاعات که در این فورم درج میباشند صرفاً بمنظور تثبیت واجدیت شرایط پوشش بیمه صحتی، کمک جهت پرداخت پول برای پوشش (در صورت درخواست)، و برای مقاصد قانونی بازار بیمه و برنامه های که در پرداخت پوشش کمک میکند ، استفاده میگردد.

ما معلومات شمارا جهت تثبیت واجدیت شرایط تان برای دریافت کمک ها راجع به پرداخت هزینه پوشش بیمه هنگام درخواست تان نیاز داریم. ما پاسخ های شمارا در دیتابیس الکترونیک خود وخدمات عواید داخلی IRS ، دفتر سوشل سیکیوریتی ، ویا آژانس گزارش دهی مشتریان مقایسه مینمایم. اگر معلومات شما مطابقت نداشته باشد، درآنصورت ما از شما شواهد بیشتر را تقاضا خواهیم کرد.

### در صورتیکه نتیجه واجدیت شرایط من نادرست باشد ، چی باید کنم؟

- در صورتیکه شما موافق با نتیجه واجدیت شرایط تان نباشید ، اکثراً میتوانید درخواست تجدید نظر را ننمائید. جهت دریافت رهنمود راجع به تجدید نظر برای هر فرد فامیل شما که در این فورم برای پوشش بیمه درخواست نموده بشمول مقدار روز که میتوان پروسه تجدید نظر را تقاضا کرد ، لطفاً اعلامیه واجدیت شرایط را مروربررسی نمائید. معلومات مهم که باید هنگام درخواست تجدید نظر ، در نظر گرفت قرار ذیل میباشد:
- شما میتوانید شخص را بمنظور درخواست ویا اشتراک در پروسه تجدید نظر استخدام نمائید. شخص مذکور میتوان دوست، اقارب ، وکیل ویا فرد دیگری باشد. یا اینکه شما خودتان میتوانید در پروسه تجدید نظر اشتراک نمائید.
- در صورتیکه شما درخواست تجدید نظر را ننمائید، احتمالاً شما میتوانید واجدیت شرایط پوشش تانرا همزمان با جریان پروسه تجدید نظر ، حفظ نمائید.
- نتیجه تجدید نظر میتوان واجدیت شرایط سایر اعضای فامیل تانرا تغییر دهد.

جهت درخواست تجدید نظر راجع به نتیجه واجدیت شرایط از طرف بازار بیمه صحتی ، به وبسایت [HealthCare.gov/marketplace-appeals](http://HealthCare.gov/marketplace-appeals) سر بزنید. یا با مرکز تماس بازار بیمه صحتی به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. آنده افرادیکه مشکل شنوایی دارند میتوانند به شماره 1-855-889-4325 تماس گیرند. همچنان شما میتوانید فورم درخواست تجدید نظر تانرا از طریق ارسال نامه به بازار بیمه صحتی بعنوانی ریاست خدمات بشری وصحتی واقع در Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 465 دریافت کنید. تقاضای تجدید نظر را ننمائید. شما میتوانید درخواست تجدید نظر راجع به واجدیت شرایط پوشش بیمه صحتی از طریق بازار بیمه صحتی در صورتیکه امتیازات شما از قبیل زمان ثبت وراجستر برای بیمه ، کرایه مالیاتی ، تخفیف در مصارف ، بیمه Medicaid ، بیمه اطفال CHIP ردگردد. اگر واجد شرایط برای دریافت کرایه مالیاتی و تخفیف مصارف باشیید ، میتوانید شما در رابطه به مقدار تعیین شده درخواست تجدید نظر را ننمائید. بر اساس ایالت مربوطه تان ، میتوانید درخواست تجدید نظر را از بازار بیمه صحتی ویا از طریق بیمه Medicaid ایالت یا آژانس بیمه اطفال بنام CHIP تقاضا نمائید.

شخص 1 این فورم درخواستی را امضاء نماید. اگر شما نماینده مجاز باشیید، میتوانید اینجا امضاء نمائید مشروط به اینکه شخص 1 ضمیمه C را امضاء کرده باشد.

امضاء

تاریخ امضاء ( ماه/روز/سال)

در صورتیکه شما این فورم درخواستی را خارج از چارچوب زمانی ثبت وراجستریشن ( بین 1 نوامبر و 31 جنوری ) امضاء مینمائید ، درآنصورت شما باید ضمیمه D را مروربررسی نمائید ( " ضمیمه مذکور شامل سوالات راجع به تغییرات در زندگی شما میباشد").

## مرحله 6 : فورم درخواستی تکمیل شده را ارسال بدارید

اگر میخواهید که خودرا برای رای دادن ثبت نمائید ، میتوانید فورم رای دهی را در وبسایت [www.eac.gov](http://www.eac.gov) تکمیل نمائید.



فورم درخواستی امضاء شده را به آدرس ذیل ارسال بدارید:

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



آیا راجع به فورم درخواست تان نیاز به دریافت کمک دارید ؟ به وبسایت [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) سر زده ویا به شماره 1-800-318-2596 تماس بگیرید. در صورتیکه شما نیاز به گرفتن کمک به زبان دیگر بجز از انگلیسی داشته باشیید، میتوانید به شماره 1-800-318-2596 تماس و نماینده خدمات مشتریان را مطلع سازید که شما نیاز به زبان دیگر دارید. ما شمارا با گونه رایگان کمک خواهیم کرد. آنده افرادیکه مشکل شنوایی دارند میتوانند به شماره 1-855-889-4325 تماس بگیرند.



اسے مکمل نہ کریں یہ درخواست نہیں ہے

## دریافت کمک به زبانهای دیگر بجز از انگلیسی

در صورتیکه شما و یا شخص دیگر را که کمک میکنید راجع به بیمه صحتی سوال داشته باشند ، میتوانند معلومات را به زبان خودتان بگونه رایگان دریافت نمایند. جهت صحبت کردن با مترجم ، به شماره **1-800-318-2596** تماس بگیرید.

لست زبان ها موجود و پیام که برای شما به زبان های متذکره تهیه گردیده است قرار ذیل میباشد:

### 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.

## دریافت کمک به زبانهای دیگر بجز از انگلیسی (ادامه)

### 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。



پوشش بیمہ صحتی از طرف وظیفہ

ضرور نیست سوالات ذیل را پاسخ دهید در صورتیکہ یک عضو فامیل شما واجد شرایط پوشش بیمہ صحتی از طرف وظیفہ اش میباشد حتی اگر آنها پوشش را نپذیرند. یک نقل این صفحہ را برای ہر پوشش کہ از طرف وظیفہ فراہم میگردد ضمیمہ سازید.

راجع بہ وظیفہ کہ پوشش صحتی را فراہم مینماید صحبت نمانید. یک نقل از این صفحہ را گرفته وبہ کارفرمای کہ پوشش بیمہ صحتی را فراہم مینماید برید تا شمارا جہت پاسخ گفتن بہ سوالات ذیل کمک نماید.

معلومات کارمند

1. نام کارمند ( نام ، نام وسطی ، نام فامیلی )	2. شمارہ سوشیل سیکیورٹی کارمند
<input type="text"/>	<input type="text"/>

معلومات کارفرما

3. کارفرما / اسم شرکت	4. شمارہ هویت کارفرما (EIN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. آدرس کارفرما	
<input type="text"/>	

اکنون معلومات شخص ویا دبیرتمنت کہ امتیازات کارمندان را ادارہ میکند نوشتہ کنید. در صورتیکہ ما نیاز بہ معلومات بیشتر داشتہ باشیم ، با شخص مذکور تماس میگیریم.

6. شخص یا دبیرتمنت کہ میتوانیم راجع بہ پوشش بیمہ صحتی کارمندان تماس بگیریم.
<input type="text"/>

7. آدرس کارفرما ( احتمال میرود کہ بازار بیمہ صحتی اعلامیہ ہا را بہ آدرس متذکرہ ارسال بدارد.
<input type="text"/>

8. شہر	9. ایالت	10. کود پستی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. شمارہ تلفون ( در صورت متفاوت بودن آن از شمارہ مافوق )	12. آدرس ایمیل
<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. آیا کارمند درحال حاضر واجد شرایط برای پوشش بیمہ از طرف کارفرما میباشد ، یا آیا کارمند در ظرف 3 ماہ آیندہ واجد شرایط خواهد گردید؟

بلی ( ادامه دهید )

تاخیر ( کارفرما : اینجا توقف نمودہ واین فورم را بہ کارمند تان برگردانید )

a. در صورتیکہ کارمند واجد شرایط برای بیمہ امروز بشمول دورہ آزمایشی یا انتظار نمیباشد ، سپس چی وقت کارمند واجد شرایط برای پوشش بیمہ میگردد؟ ( ماہ / روز / سال )

b. آیا کارفرما پلان صحتی را عرضہ میدارد کہ ہمسر یا افراد وابستہ بہ کارمند را تحت پوشش قرار میدہد ؟

بلی. اگر پاسخ بلی باشد ، کدام افراد را تحت پوشش قرار میدہد؟  ہمسر  افراد وابستہ

نام سایر افراد خانوادہ تانرا کہ واجد شرایط برای پوشش بیمہ از طرف وظیفہ میباشد ، لست نمانید.

نام

نام

نام

ادامہ در صفحہ بعدی

## اسے مکمل نہ کریں یہ درخواست نہیں ہے

### راجع به پوشش بیمه صحتی که از طرف کارفرما عرضه میگردد ، صحبت نمایند.

14. آیا کارفرما پلان بیمه صحتی را عرضه میدارد که با قیمت حداقل معیارها مطابقت دارد؟

بلی (به سوال 15 مراجعه نمایند).  نخیر (اینجا توقف نمایند و این فورم را به کارمند تسلیم نمایند.)

15. کارمند چی مقدار پول را برای پلان بیمه که با قیمت حداقل معیارها مطابقت دارد ، میپردازد؟\* پلان های بیمه فامیلی را شامل نسازید. **یادداشت:** اگر کارفرما برنامه های صحت و سلامتی را عرضه میدارد، در آنصورت قیمت ماهوار بیمه را که کارمند میپردازد ذکر کنید یا توجه به اینکه آیا کارمند بیشترین تخفیف را در برنامه های ترک تنباکو بدست خواهد آورد و یا اینکه تخفیف ها متذکره را نخواهد داشت.

a. کارمند این مقدار پول ماهوار بیمه را خواهد پرداخت: \$

**یادداشت:** نازلترین قیمت که کارمند برای پوشش بیمه صحتی میپردازد بنویسید.

b. کارمند این مقدار پول را میپردازد:  بفته واری  هر دو هفته  ماه دویار  ماه یکبار  هر سه ماه  سالانه

(به سوال بعدی مراجعه نمایند.)

16. کارفرما چی تغییرات را در پلان بیمه سال جدید میآورد؟

کارفرما پوشش بیمه صحتی را بعد از تاریخ ذیل فراهم نمیکند: (ماه/روز/سال)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

مقدار پول ماهوار بیمه برای پلان که نازلترین قیمت را دارد و یا معیار حداقل قیمت ها مطابقت دارد تغییر خواهد کرد و چنین پلانها صرفاً بدسترس کارمندان قرار دارد. (فیس ماهوار بیمه باید صرفاً تخفیف های که برای برنامه های جدایی از تنباکو میباشد ، انعکاس دهد. سوال 15 را ببینید.

a. کارمند این مقدار پول را میپردازد: \$

b. چندبار ؟  بفته واری  هر دو هفته  ماه دویار  ماه یکبار  هر سه ماه  سالانه

c. تاریخ آوردن تغییرات: (ماه/روز/سال)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نمدانم آیا کارفرما تغییرات را بوجود میآورد یا خیر.

کارفرما تغییرات آتی را نمیتواند بوجود بیاورد.

\*پلان بیمه صحتی که با معیار قیمت حداقل مطابقت داشته و 60% هزینه خدمات صحتی را برای یک جمعیت استندرد با پوشش اساسی خدمات شفاخانه و داکتر بپردازد. اکثر پلان های بیمه که از طرف وظیفه فراهم میگردد با معیار حداقل قیمت ها مطابقت دارند.





همکاری در تکمیل این فورم درخواستی

صرفاً برای مشاورین تصدیق شده فورم درخواستی ، تسهیل کننده گان و نمایندگان میباشد.

این بخش را تکمیل ننمائید اگر شما بعنوان مشاورین تصدیق شده فورم درخواستی ، تسهیل کننده گان، نماینده گان ویا نماینده گان که این فورم را به نماینده گی شخص دیگر پُر مینمائید کار میکنید.

1. تاریخ آغاز فورم درخواستی (ماه/روز/سال)

 /  / 

2. نام ، نام وسطی ، نام فامیلی ، و پسوند

3. نام سازمان

4. شماره کارت هویت ( در صورت کاربرد)

5. صرفاً برای نماینده گان / بروکر ها : شماره NPN



شما میتونید یک نماینده مجاز را انتخاب نمائید.

شما میتونید شخص مورد اعتماد تان را اجازه دهید که با ما در رابطه به فورم درخواستی تان صحبت ، معلومات شمارا بررسی ، و به نمایندگی شما روی موضوعات این فورم درخواستی بشمول دریافت معلومات و امضاء فورم درخواستی تان عمل نماید. این شخص بنام " نماینده مجاز " یاد میگردد. در صورتیکه نیاز به تبدیل ویا دور کردن نماینده مجاز داشته باشنید ، در انصورت با بازار بیمه صحی تماس بگیرید. اگر شما به گونه قانونی نماینده تعیین شده برای شخص در این فورم درخواستی استنید ، در انصورت اسناد و شواهد تانرا ضمیمه این فورم درخواستی تسلیم نمائید.

1. نام نماینده مجاز ( نام ، نام وسطی ، نام فامیلی )

2. آدرس

3. شماره اپارتمان یا اطاق هتل

4. شهر

6. کد پستی

5. ایالت

7. شماره تلفون

 -  (  )

8. نام سازمان

9. شماره کارت هویت ( در صورت ضرورت)

ذریعه امضاء ، شما این شخص را اجازه میدهید که به نمایندگی شما این فورم درخواستی را امضاء ، معلومات رسمی در مورد این فورم درخواستی را دریافت، و روی تمام موضوعات آینده این فورم عمل نماید.

10. امضاء شخص 1 که در این فورم درخواستی ذکر است

11. تاریخ امضاء ( ماه / روز / سال)

 /  / 






## سوالات راجع به تغییرات زندگی

( شما باید بخش های باقیمانده این فرم درخواستی را یکجا با این صفحه تکمیل نکنید. این ورق را بگونه جداگانه تسلیم نکنید. )

در صورتیکه شخص در این فرم درخواستی در جریان 60 روز گذشته تغییرات مشخص را در زندگی تجربه کرده باشد، در صورت سوالات ذیل را پاسخ دهید. بعضی تغییرات مشخص که در زندگی شما اتفاق می افتد باعث آغاز بلافاصله پوشش بیمه از طریق بازار بیمه میگردد. همچنان به شما پیشنهاد میگردد که سوالات ذیل را پاسخ دهید در صورتیکه شما بعد از ختم زمان باز ثبت و راجستریشن بیمه سال و قبل از آغاز زمان باز ثبت و راجستریشن سال آینده درخواست مینمایید.

پاسخ به این سوالات اختیاری میباشد. در صورتیکه وضعیت زندگی شما تغییر نکرده باشد، شما میتوانید پاسخ هایتانرا خالی بگذارید. شما میتوانید به بیمه صحتی Medicaid و برنامه بیمه صحتی اطفال (CHIP) در هر وقت سال درخواست نمایند حتی اگر تغییرات در وضعیت زندگی تان هم اتفاق نیافتد. اعضای اقوام بومی و بومی های اسکایی که از طرف دولت فدرال شناخته شده اند میتوانند در هر وقت سال جهت ثبت در پوشش از طریق بازار بیمه درخواست نمایند.

### راجع به تغییرات که در فامیل شما رخ داده است ، صحبت نمائید.

1. آیا فردی در 60 روز گذشته ، پوشش بیمه خود را از دست داده است یا توقع می رود که پوشش بیمه خود را در 60 روز آینده از دست بدهد؟

نام ها	تاریخ ختم پوشش ویا اینکه ختم خواهد گردید ( ماه / روز / سال )
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> اینجا را نشانی نمائید در صورتیکه پوشش بیمه تان بخاطر عدم پرداخت پول ماهوار خاتمه یافته است .	

2. آیا فردی در 60 روز گذشته ازدواج کرده است ؟

نام ها	تاریخ ( ماه / روز / سال )
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. آیا فردی در 60 روز گذشته از زندان رها گردیده است ؟

نام ها	تاریخ ( ماه / روز / سال )
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. آیا فردی در 60 روز گذشته حالت مهاجرت قانونی را دریافت نموده است؟

نام ها	تاریخ ( ماه / روز / سال )
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. آیا فردی در 60 روز گذشته به فرزندی پذیرفته شده ویا به فرزندی یا پرورشگاه گذاشته شده است ؟

نام ها	تاریخ ( ماه / روز / سال )
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. آیا فردی در 60 روز گذشته بنابر امر دادگاه یا حمایتی طفل بعنوان فرد وابسته قلمداد گردیده است؟

نام ها	تاریخ ( ماه / روز / سال )
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. آیا فردی در 60 روز گذشته محل اصلی رهائش خود را تغییر داده است ؟

نام ها	تاریخ جدایی ( ماه / روز / سال )
<input type="text"/>	<input type="text"/>

کود پستی آدرس قبلی شما چی میباشد ؟  این بخش را پر نمائید در صورتیکه شما از کشور خارج یا قلمرو امریکا نقل مکان کرده باشید؟

a. آیا افراد مذکور در 60 روز گذشته پوشش بیمه صحتی داشته اند ؟ .....  بل  نه

اگر پاسخ بلی باشد ، نام هایشان را ذیلاً بنویسید:

نام ها