

تقديم الطلب للمساعدة في دفع تكاليف التغطية الصحية

استخدم طلب التقديم هذا لمعرفة خيارات التغطية التي تتوفر الأهلية للحصول عليها



وتهدف خدمة التأمين الصحي الخاص والمقدمة بأسعار معقولة (تهدف) لتقديم تغطية شاملة (فحص طبي شامل) لمساعدتك أن تحيا بصحة جيدة
A إن نظام الائتمان الضريبي الجديد يمكنه مساعدتك في دفع أقساط التأمين الخاصة بك لعمل تغطية صحية شاملة (كشف الطبي الشامل) على الفور
إن نظام التأمين الصحي المجاني أو منخفض التكاليف يقدم من قبل الجمعيات التي تقدم مساعدات طبية للفقراء أو من خلال برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP)
قد تكون مؤهلاً للحصول على برنامج تأمين صحي مجاني أو بتكلفة منخفضة حتى لو كان دخلك السنوي يساوي حوالي ٩٤,٠٠٠ دولار في السنة لأسرة مكونة من ٤ أفراد

من يستطيع استخدام هذا الطلب؟



استخدم استمارة تقديم الطلب لتقديم لأي فرد من أفراد أسرتك؟
قم بتقديم الاستمارة (تقديم الطلب) حتى لو كنت أنت أو أبناؤك تعملون بكشف طبي شامل بالفعل.
يمكنك أن تكون مؤهلاً للحصول على كشف طبي شامل مجاني أو منخفض التكاليف.
إذا كنت عزوبي (أعزب أو عزباء)، يمكنك استخدام نموذج قصير. قم بزيارة HealthCare.gov.
ويمكن للعائلات التي بها أفراد مهاجرين إلى الخارج أن يتقدموا باستمارة طلب. كما أنه يمكنك أن تقوم بتقديم استمارة طلب (تقديم) لأطفالك حتى لو لم تكن مؤهلاً أنت لأن يطبق عليك خدمة الكشف الطبي الشامل. إن تقديم استمارة الطلب لن يؤثر على وضع الهجرة الخاص بك أو فرص حصولك على مواطنة دائمة (حصولك على الجنسية)
إذا كان هناك شخص ما يساعدك على ملء هذا الطلب أو هذه الاستمارة، قد تحتاج إلى إكمال الملحق جيم.

لتقديم الطلب بطريقة أسرع عبر الانترنت



قم بتقديم الطلب بطريقة أسرع عبر الانترنت على موقع HealthCare.gov.

ما تحتاجه لتقديم الطلب



أرقام الضمان الاجتماعي (أو أرقام الوثيقة عن أي مهاجر مؤهل يحتاج إلى التأمين)
ومن الأشياء المطلوبة أيضاً معلومات عن صاحب العمل ومعلومات الدخل لكل فرد في عائلتك (على سبيل ، كعوب شيكات الراتب، استمارات اخر شهرين تم قبضهما؛ أو الأجور والبيانات الضريبية)
أرقام التأمين لأي ضمان صحي في الوقت الحالي
معلومات حول أي تأمين صحي متعلق بوظيفتك ومتاح لأسرتك

لماذا نقوم بالسؤال عن هذه المعلومات؟



نطلب منك بالاجابة عن عدة أسئلة منها السؤال عن دخلك ومعلومات أخرى ومن خلال هذه الأسئلة نقدم لك معلومات عن حدود الكشف الطبي الشامل المتاح لك وما إذا كنا نستطيع مساعدتك في الدفع أم لا. سنقوم بالاحتفاظ بالمعلومات التي تقدمها في منتهى الخصوصية و السرية كما هو موضح في القانون. لعرض نص قانون الخصوصية، يمكن الذهاب إلى HealthCare.gov أو راجع التعليمات.

ما الذي يحدث بعد ذلك؟



قم بإرسال الطلب الكامل (طلب التقديم) والموقع الخاص بك، إلى العنوان الموجود في صفحة ٧.
إذا لم يكن لديك جميع المعلومات التي نريدها منك قم بتوقيع وتقديم استمارة تقديم الطلب على أي حال.
سنقوم بمتابعتك والاتصال بك في الفترة من أسبوع إلى أسبوعين. ستحصل على تعليمات على الخطوات التي يتوجب عليك فعلها فيما بعد من أجل إكمال إجراءات الكشف الطبي الشامل. إذا كنت لا تود الاستماع إلينا، قم بزيارة الموقع الاتي HealthCare.gov أو اتصل على 1-800-318-2596. إن ملء هذه الاستمارة (استمارة طلب التقديم) لا يعني أنك لا بد وأن تشتري استمارة الكشف الطبي الشامل.

أحصل على المساعدة من خلال هذا الطلب



التداول المباشر عبر الانترنت HealthCare.gov
الهاتف : قم بالاتصال على مركز المساعدة على الرقم الاتي 1-800-318-2596.
شخصياً: قد يكون هناك مستشارين في منطقتك يمكنهم تقديم المساعدة بأنفسهم شخصياً.
يرجى زيارة HealthCare.gov أو الاتصال على هاتف رقم 1-800-318-2596 للحصول على مزيد من المعلومات.

• بالعربية: الإتصال على رقم هاتفنا المجاني للمساعدة: 1-800-318-2596.

أشياء يتوجب عليك معرفتها

الخطوة رقم ١ حدثنا عن نفسك.

نحتاج شخص بالغ في الاسرة لنقوم بالاتصال به كلما أردنا من أجل تقديم استمارة تقديم الطلب

١ الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة ولاحقه			
٢ قم بكتابة عنوان المنزل (وعند عدم وجود عنوان اتركه فارغا		٣ شقة أو جناح رقم	
٤ المدينة	٥ اسم الدولة	٦ الرمز البريدي	٧ إقليم
٨ العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن عنوان المنزل			
٩ شقة أو جناح رقم		١٠ المدينة	
١١ دولة	١٢ الرمز البريدي	١٣ محافظة	
١٤ رقم هاتف		١٥ رقم هاتف آخر	

١٦ هل ترغب في الحصول على المعلومات حول استمارة تقديم الطلب عن طريق البريد الإلكتروني؟ نعم لا

عنوان البريد الإلكتروني:

١٧ ما هي لغتك المفضلة المنطوقة أو المكتوبة (إذا لم تكن الإنجليزية)؟

الخطوة رقم ٢ حدثنا عن عائلتك.

من الذين تريد أن يشملهم أو يتضمنهم طلب التقديم؟

حدثنا عن كل أفراد العائلة الذين يعيشون معك؟ إذا قمت بتقديم ملفك الضريبي ، فنحن بحاجة لمعرفة كل المعلومات لكل فرد موجود على إقرارك الضريبي. لست بحاجة لتقديم ملف الضرائب الخاص بك من أجل الحصول على كشف طبي صحي شامل

وهي تشمل:

نفسك

زوجك

أطفالك تحت سن ٢١ سنة الذين يعيشون معك

صديقتك التي تحتاج إلى الكشف الصحي الشامل أو إلى الرعاية الصحية الشاملة

أي شخص يشمل إقرارك الضريبي، حتى لو أنهم لا يعيشون معك

ويشمل ذلك أيضاً أي شخص تحت سن ٢١ سنة تتبناه أو ترعاه ويقطن معك

كما نفيديك بأنك لست بحاجة لأن تضيف أو تتضمن :

صديقتك التي ليست بحاجة إلى الرعاية الصحية الشاملة أو (الكشف الطبي الشامل

أطفال صديقتك

والديك الذين يعيشون معك، ولكن بتقديم ملف إقرارهم الضريبي (إذا كان عمرك فوق ال ٢١

أقارب آخرين بالغين قامو بتقديم ملف الإقرار الضريب الخاص بهم

إن مقدار المساعدة أو نوع البرنامج الذي أنت مؤهل له يعتمد على عدد أفراد أسرتك مقدار دخولهم. وتساعدنا هذه المعلومات في التأكد من حصول كل شخص على أفضل تغطية طبية شاملة (أو أفضل كشف طبي شامل يمكن تقديمه لهم

أكمل الخطوة رقم ٢ لكل في أسرتك. ابدأ بنفسك ثم قم بإضافة بعض البالغين الآخرين وأطفالك. إذا كان لديك أكثر من فردين في أسرتك ستحتاج لعمل نسخة من الصفحات وتقوم بإرفاقهم. لست بحاجة لتزويدنا بمعلومات حول وضع الهجرة الخاص بك أو لتزويدنا برقم الضمان الاجتماعي لأفراد الأسرة الذين ليسوا بحاجة للكشف الطبي الشامل أو التغطية الصحية الشاملة سنحتفظ بالمعلومات التي تقدمها في منتهى الخصوصية و السرية كما يقتضيه القانون. نقوم باستخدام المعلومات الشخصية الخاصة بك فقط للتحقق من ما إذا كنت تستحق الكشف الطبي الشامل أم لا .

الخطوة ٢: شخص رقم ١ (ابدأ بنفسك)

قم بإكمال الخطوة الثانية لك ولزوجتك أو زوجك وأطفالك الذين يعيشون معك أو أي شخص على نفس إقرار دخلك الضريبي الحر إذا قمت بتقديم ملف بذلك انظر الصفحة (١) لمزيد من المعلومات حول من تستطيع أن تتضمنه. إذا لم تقم بتقديم إقرارك الضريبي بعد، فتذكر أن تضيف أعضاء الأسرة الذين يعيشون معك.

١ الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة ولاحقه	٢ ما هي صلة هذا الشخص بك؟
٣ تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)	٤ الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
٥ رقم الضمان الاجتماعي (SSN)	

نيلزم توفير هذا إذا كنت ترغب في الحصول على تغطية التأمين ولديك رقم ضمان اجتماعي SSN. حتى إذا لم تكن ترغب في الحصول على تغطية التأمين الصحي لنفسك، فإن تقديمك رقم الضمان الاجتماعي SSN سيساعد في تسريع التعامل مع الطلب. نحن نستخدم رقم الضمان الاجتماعي SSN في التحقق من الدخل والمعلومات الأخرى لمعرفة المؤهلين للمساعدة في تغطية التأمين الصحي بتوفير تكاليف تغطية التأمين الصحي. للمساعدة في الحصول على رقم الضمان الاجتماعي، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-772-1213 أو زيارة موقع socialsecurity.gov. بالنسبة لمستخدمي TTY يجب عليهم الاتصال على رقم 1-800-325-0778.

٦ هل كنت تخطط لتقديم الإقرار الضريبي للدخل الحر في العام المقبل؟

(لا يزال بإمكانك التقدم بطلب للحصول التأمين الصحي حتى لو لم تكن تقدمت بملف إقرارك الضريبي على دخلك الحر).
 نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، الرجاء الإجابة على الأسئلة من أ إلى ج.
 لا. إذا لا، انتقل إلى السؤال ج.

أ. هل ستقوم بتقديم ملفك الضريبي بالاشتراك مع زوجك أو زوجتك؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم" اسم الزوج

ب. هل ستقيم دعوى ضد أي من المعالين على إقرارك الضريبي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، حينئذ قم بكتابة قائمة باسم أو بأسماء المعالين الذين ستقيم دعوى ضدهم:

ج. هل سيقام ضدك دعوى كعائل على الإقرار الضريبي لشخص ما؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، اكتب قائمة باسم مدون الضرائب:

ما هي طبيعة علاقتك بمدون الضرائب؟

٧ هل أنت حامل؟ نعم لا أ. إذا كانت الإجابة بنعم، كم عدد الاطفال الرضع المتوقع ولادتهم خلال هذا الحمل؟

٨ هل تحتاج إلى تغطية صحية شاملة أو كشف طبي شامل؟

(حتى إذا كان لديك التأمين، قد يكون هناك برنامج بتغطية صحية شاملة بشكل أفضل أو بتكاليف أقل.)

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، قم بالإجابة على جميع الأسئلة بالاسفل. لا. إذا كانت الإجابة بلا انتقل إلى أسئلة عن الدخل على الصفحة ٣. اترك بقية هذه صفحة فارغة.

٩. هل تعاني من مشاكل في حالتك الصحية العاطفية والبدنية أو العقلية أو العاطفية، تسبب لك قصور في أداك لأنشطة (مثل الاستحمام وارتداء الملابس، يوميا الأعمال المنزلية، الخ) أو تعيش في منشأة طبية أو دار لرعاية المسنين؟ نعم لا

١٠. هل أنت مواطن أمريكي أو أمريكي الجنسية (قومي)؟ نعم لا

١١. إذا لم تكن مواطناً أمريكياً أو تحمل الجنسية الأمريكية (وطني)، هل وضعك يؤهلك للهجرة؟ (انظر التعليمات)

نعم. قم بملء نوع الوثيقة ورقم بطاقة الهوية الشخصية بالأسفل.

أ. نوع وثيقة الهجرة

ب. رقم الهوية الشخصية للوثيقة

د. هل أنت أو زوجك أو أحد الوالدين وهو من قدامى المحاربين أو في

الخدمة الفعلية كعضو في الجيش الأمريكي؟ نعم لا

١٢ هل تريد مساعدة لدفع الفواتير الطبية في الثلاثة أشهر الماضية؟ نعم لا

١٣ هل تعيش مع طفل واحد على الأقل تحت سن ال ١٩، وهل أنت الشخص الأساسي الذي يقوم بالإعتناء بهذا الطفل؟ نعم لا

١٤ هل أنت طالب بدوام كامل أو غير متفرغ؟ نعم لا

١٥ هل دخلت العناية المركزة عندما كان عمرك ١٨ سنة أو أكثر؟ نعم لا

١٦ إذا إسباني / امريكا، العرق (اختياري - اختر كل ما ينطبق).

المكسيكي المكسيكية الأمريكية الشيكانو / أ بورتوريكو الكوبي آخر

١٧ العرق (الجنس) اختياري -قم بفحص الطلب).

<input type="checkbox"/> أبيض	<input type="checkbox"/> هندي من الهنود الحمر أو من سكان	<input type="checkbox"/> فلبيني	<input type="checkbox"/> فيتنامي	<input type="checkbox"/> الفوأميون أو تشامورو
<input type="checkbox"/> أسود أو أمريكي ذو أصول إفريقية	<input type="checkbox"/> ألاسكا الأصليين	<input type="checkbox"/> يابانية	<input type="checkbox"/> غيرها من البلدان الآسيوية	<input type="checkbox"/> ساموا
<input type="checkbox"/> أسوي هندي	<input type="checkbox"/> أسوي هندي	<input type="checkbox"/> كوري	<input type="checkbox"/> سكان هاواي الأصليين	<input type="checkbox"/> غيرها من جزر المحيط الهادئ
<input type="checkbox"/> صيني			<input type="checkbox"/> آخر	

الخطوة ٢: شخص رقم ١ (استمر مع نفسك)

معلومات حول وظيفتك الحالية ودخلك

صاحب عمل إذا كنت صاحب عمل في الوقت الحالي، أخبرنا عن الدخل الخاص بك. ابدأ ب السؤال ١٨.

صاحب عمل إذا لم تكن من أصحاب الأعمال (رجال الأعمال) انتقل إلى السؤال ٢٨.

صاحب عمل إذا كنت من هؤلاء الذين يعملون لحسابهم الشخصي انتقل إلى السؤال ٢٧.

الوظيفة الحالية: ١

١٨ اسم صاحب العمل وعنوانه
١٩ رقم هاتف صاحب العمل
٢٠ الأجر /البقيش (قبل الضرائب) كل ساعة كل أسبوع كل أسبوعين كل شهرين شهريا سنويا \$

٢١ متوسط ساعات العمل أسبوعيا

الوظيفة الحالية: ٢ (إذا كنت تعمل في وظائف أخرى وتحتاج مساحة أكبر لكتابة كل ذلك، قم بإرفاق ورقة أخرى بالاستمارة لإكمال البيانات).

٢٢ اسم صاحب العمل وعنوانه
٢٣ رقم هاتف صاحب العمل
٢٤ الأجر /البقيش (قبل الضرائب) كل ساعة كل أسبوع كل أسبوعين كل شهرين شهريا سنويا \$

٢٥ متوسط ساعات العمل أسبوعيا

٢٦ هل قمت في العام الماضي: تغيير الوظائف التوقف عن العمل البدء في تقليل ساعات العمل لا شيء من هذا

٢٧ إذا كنت تعمل لحسابك الشخصي أجب عن هذه الأسئلة:

أ. نوع العمل
ب. كم صافي الدخل (الأرباح مرة واحدة وتدفع نفقات الأعمال) التي ستحصل من هذا العمل الحر هذا الشهر؟ (انظر التعليمات)

\$

٢٨ إيرادات أخرى هذا الشهر: تحقق من هذا الطلب، وأعط تقدير معين وكيفية الحصول عليه غالباً. اختر هنا إذا كان لا شيء من هذا ينطبق.

ملاحظه : لست بحاجة (ليس مطلوباً منك) أن تخبرنا عن الاموال التي للأطفال، والاموال التي تعطيها للكفاءات التي لديك في العمل، أو دخل الضمان التكميلي (SSI).

لا شيء
البطالة كم مرة؟ \$
المعاشات كم مرة؟ \$
الضمان الاجتماعي كم مرة؟ \$
حسابات التقاعد كم مرة؟ \$
تلقي النفقة كم مرة؟ \$
شبكة الزراعة / الصيد كم مرة؟ \$
صافي الإيجار / الملوک كم مرة؟ \$
الإيرادات الأخرى كم مرة؟ \$
نوعها:

٢٩ الخصومات : تحقق من هذا الطلب، وأعط تقدير معين وكيفية الحصول عليه غالباً. إذا كنت تدفع لأشياء معينة يمكن أن تخصم على الاقرار الضريبي للدخل الحرفيئذ أخبرنا عنهم من الممكن أن يجعل تكلفة التغطية الصحية الشاملة أقل.

ملاحظه : يجب أن لا تتضمن التكلفة التي اعتريتها بالفعل في الإجابة على صافي العمل الحر (سؤال ٢٧B).

النفقة المدفوعة كم مرة؟ \$
الفائدة على هذه القروض الطلابية كم مرة؟ \$
الاستقطاعات الأخرى كم مرة؟ \$
نوعها:

٣٠ الدخل السنوي: أكمل فقط في حالة ما إذا حدث تغير في ذلك من شهر لآخر.

إذا كنت لا تتوقع حدوث تغييرات لدخلك الشهري، انتقل إلى الشخص التالي.

مجموع دخل الكلي هذا العام \$
مجموع دخل الكلي في العام القادم إذا كنت تعتقد أن دخلك سيكون مختلف \$

شكراً ! كل ماسبق هو كل ما نريد معرفته منك.

إذا كان لديك أكثر من شخصين تريد أن يشملهم أو يتضمنهم التأمين الصحي
قم بعمل نسخة من الخطوة رقم ٢: الشخص ٢ (الصفحتين ٤ و ٥) وأكمل.

الخطوة ٢: شخص رقم ٢

قم بإكمال الخطوة الثانية لك ولزوجتك أو زوجك وأطفالك الذين يعيشون معك أو أي شخص على نفس إقرار دخلك الضريبي الحر إذا قمت بتقديم ملف بذلك انظر الصفحة (١) لمزيد من المعلومات حول من تستطيع أن تتضمنه. إذا لم تقم بتقديم إقرارك الضريبي بعد، فتذكر أن تضيف أعضاء الأسرة الذين يعيشون معك.

١ الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة ولاحقه	٢ العلاقة بالنسبة لك؟
٣ تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)	٤ الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
٥ رقم الضمان الاجتماعي (SSN) - - - - -	نحن بحاجة إلى هذا إذا كنت تحتاج لتغطية التأمين الصحي للشخص ٢ والشخص ٢ لديه رقم ضمان اجتماعي SSN.
٦ لا شخص ٢ يعيش في نفس العنوان كما كنت؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا لا، اكتب قائمة بالعنوان:
٧ هل لدى شخص ٢ خطة لرفع ضريبة الدخل الاتحادية في العام المقبل؟ (حتى لو كان الشخص ٢ لديه التأمين، فقد يكون هناك برنامج يوفر تغطية أفضل أو تخفيض في التكاليف.)	<input type="checkbox"/> نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، الرجاء الإجابة على الأسئلة من أ إلى ج. أ. هل سيقوم شخص رقم ٢ بتقديم الملف بالاشتراك مع الزوج؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر اسم الزوج: هل سيطلب الشخص ٢ بأي أشخاص معالين على الإقرار الضريبي الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، حينئذ قم بكتابة قائمة باسم أو بأسماء المعالين الذين ستقيم دعوى ضدهم: ج. هل ستقام دعوى ضد شخص رقم ٢ كعائل على الإقرار الضريبي لشخص ما؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم مدون الضريبة: ما هي طبيعة العلاقة بين شخص رقم ٢ ومدون الضريبة؟

٨ هل شخص رقم ٢ (الطرف الثاني) حامل؟ نعم لا أ. إذا كانت الإجابة بنعم، كم عدد الاطفال الرضع المتوقع ولادتهم خلال هذا الحمل؟

٩ هل الشخص رقم ٢ بحاجة إلى كشف صحي شامل (تغطية صحية)؟
(حتى لو كان الشخص ٢ لديه التأمين، فقد يكون هناك برنامج يوفر تغطية أفضل أو تخفيض في التكاليف.)
 نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، قم بالإجابة على جميع الأسئلة بالاسفل. لا. إذا كانت الإجابة بلا انتقل إلى أسئلة عن الدخل على الصفحة ٥.

اترك بقية هذه صفحة فارغة.

١٠ هل الشخص رقم ٢ لديه أو يعاني من مشاكل صحية عاطفية أو عقلية أو بدنية تسبب له قصور في اداء أنشطة (مثل الاستحمام وارتداء الملابس، الأعمال اليومية، الخ) أو العيش في منشأة طبية أو دار لرعاية المسنين؟ نعم لا

١١ هل شخص رقم ٢ مواطن أمريكي أم اقومي أمريكي (وطني)؟ نعم لا

١٢ إذا كان الشخص رقم ٢ ليس مواطناً أمريكياً أو يحمل الجنسية الأمريكية هل وضع الهجرة بالنسبة له ليس به أي عقبات؟ (انظر التعليمات)
 نعم. إملأ بيانات نوع المستند ورقم البطاقة الشخصية أدناه للشخص ٢.

أ. نوع وثيقة الهجرة:
ب. رقم الهوية الشخصية للوثيقة
ج. هل يعيش الشخص رقم ٢ في الولا يات المتحدة الأمريكية منذ عام ١٩٩٦؟ نعم لا
د. هل الشخص ٢ أو زوج أو والد الشخص ٢، هو من المحاربين القدماء أو عضو عامل في الجيش الأمريكي؟ نعم لا

١٣ هل يريد الشخص رقم ٢ المساعدة في دفع الفواتير الطبية في اخر ثلاثة أشهر؟ نعم لا
١٤ هل الشخص ٢ يعيش مع طفل واحد على الأقل تحت سن الـ ١٩، وهل الشخص ٢ هو الشخص الرئيسي الذي يتولى رعاية هذا الطفل؟ نعم لا
١٥ هل وضع الشخص رقم ٢ في العناية المركزة وهو في سن الثامنة عشر أو أكثر من قبل؟ نعم لا

من فضلك أجب على الأسئلة الآتية في حالة ما إذا كان الشخص رقم ٢ عمره ٢٢ سنة أو أصغر

١٦ هل الشخص رقم ٢ كان لديه تأمين على وظيفته وفقد هذا التأمين خلال الثلاثة أشهر الماضية؟ نعم لا

أ. إذا كانت الإجابة بنعم، نهاية التاريخ: اذكر السبب الذي أدى لانتهاء التأمين:

١٧ هل الشخص رقم ٢ طلب غير متفرغ (بدوام كامل)؟ نعم لا

١٨ إذا إسباني / امريكي، العرق (اختياري -اختر كل ما ينطبق).

المكسيكي المكسيكية الأمريكية الشيكانو / أ بورتوريكو الكوبي آخر

١٩ العرق (الجنس) اختياري -قم بفحص الطلب.

أبيض هندي من الهنود الحمر أو من فلبيني فيتنامي الغواميون أو تشامورو
 أسود أو أمريكي من أصل سكان ألاسكا الأصليين ياباني غيرها من البلدان الآسيوية ساموا إفريقي هندي آسيوي أحد سكان هاواي الأصليين غيرها من جزر المحيط الهادئ أخرى صيني

والان أخبرنا عن أي دخل للشخص رقم ٢.

الخطوة ٢ : الشخص ٢

الوظيفة الحالية ومعلومات حول الدخل

إذا كنت من هؤلاء الذين يعملون لحسابهم الخاص
انتقل إلى السؤال ٢٩.

إذا لم تكن من ذا عمل
انتقل إلى السؤال ٣٠.

صاحب عمل
إذا كان الشخص ٢ موظف حالياً، فأخبرنا عن دخله. ابدأ ب السؤال رقم ٢٠.

الوظيفة الحالية: ١

٢٠. اسم صاحب العمل وعنوانه	٢١ رقم هاتف صاحب العمل
٢٢. الأجر /البقشيش (قبل الضرائب) كل ساعة كل أسبوع كل أسبوعين كل شهرين شهريا سنويا	
\$	
٢٣. متوسط ساعات العمل أسبوعياً	

الوظيفة الحالية: ٢ (إذا كنت تعمل في وظائف أخرى وتحتاج مساحة أكبر من الأوراق لكتابة كل ذلك، قم بإرفاق ورقة أخرى بالاستمارة لإكمال البيانات).

٢٤. اسم صاحب العمل وعنوانه	٢٥ رقم هاتف صاحب العمل
٢٦. الأجر /البقشيش (قبل الضرائب) كل ساعة كل أسبوع كل أسبوعين كل شهرين شهريا سنويا	
\$	
٢٧. متوسط ساعات العمل في الأسبوع	

٢٨. هل قام الشخص رقم ٢ في العام الماضي: تغيير الوظائف التوقف عن العمل البدء في تقليل ساعات العمل لا شيء من هذا

٢٩. إذا كان الشخص ٢ يعمل لحسابه الخاص، فأجب على الأسئلة التالية:

أ. نوع العمل
ب. ما هو صافي الدخل (الأرباح بعد دفع نفقات الأعمال) الذي سيحصل عليه الشخص ٢ من هذا العمل لحسابه الخاص في هذا الشهر؟ (انظر التعليمات)

\$

٣٠. إيرادات أخرى هذا الشهر: قم بتحديد كل ما ينطبق، واذكر المبلغ ومعدل حصول الشخص ٢ عليه. اختر هنا إذا كان لا شيء من هذا ينطبق.

ملاحظة: لست بحاجة (ليس مطلوباً منك) أن تخبرنا عن الاموال التي تخرجها للأطفال، والاموال التي تعطيها للكفاءات التي لديك في العمل، أو دخل الضمان التكميلي (SSI).

البطالة	\$	كم مرة؟	شبكة الزراعة / الصيد	\$	كم مرة؟
المعاشات	\$	كم مرة؟	صافي الإيجار / الملوك	\$	كم مرة؟
الضمان الاجتماعي	\$	كم مرة؟	الإيرادات الأخرى	\$	كم مرة؟
حسابات التقاعد	\$	كم مرة؟	نوعها:		
تلقي النفقة	\$	كم مرة؟			

٣١. الخصومات: قم بتحديد كل ما ينطبق، واذكر المبلغ ومعدل حصول الشخص ٢ عليه. إذا كان الشخص رقم ٢ يدفع لبعض الامور يتم خصم منه بعض الأموال على الإقرار الضريبي للدخل الحر، فأخبرنا عن هذه الخصومات من الممكن أن يجعل تكلفة التغطية الصحية أقل في التكلفة.

ملاحظته: لا ينبغي أن تتضمن إجابتك التكلفة التي التي اعتبرتها بالفعل وانت. تحسب صافي العمل الخاص (العمل الحر) (سؤال ٢٩).

النفقة المدفوعة	\$	كم مرة؟	الاستقطاعات الأخرى	\$	كم مرة؟
الفائدة على هذه القروض الطلابية	\$	كم مرة؟	نوعها:		

٣٢. الدخل السنوي: أكمل فقط في حالة ما إذا تغير دخل الشخص رقم ٢ من شهر لآخر

إذا كنت لا تتوقع تغييرات في الدخل الشهري للشخص ٢، فانتقل إلى الشخص التالي.

إجمالي الدخل للشخص رقم ٢ هذا العام	مجموع الدخل الكلي للشخص رقم ٢ في العام القادم إذا كنت تعتقد أن دخله سيكون مختلف
\$	\$

شكراً! هذا هو كل ما نحتاج لمعرفته عن الشخص رقم ٢.

الخطوة رقم ٣

إذا كنت واحداً من الهنود الحمر أو واحد من سكان الاسكالايليين والذين هم اعضاء في منظمة. العفوالدولية

١. هل أنت أو أي شخص في عائلتك من الهنود الحمر أو من سكان ألاسكا الأصليين؟

لا. إذا لا، انتقل إلى الخطوة ٤.

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، انتقل إلى الملحق ب.

الخطوة رقم ٤

التغطية الصحية لجميع أفراد أسرتك

يجيب على هذه الأسئلة أي شخص يريد أن يقوم بعمل تغطية صحية.

١ هل هناك أحد مسجل في التغطية الصحية الشاملة الآن من الآتي أسماؤهم؟

نعم. ... إذا كانت الإجابة بنعم، تحقق من CK نوع من التغطية و كتابة الشخص (الأشخاص) والاسم اسم (أسماء)بالإضافة إلى ذكر التغطية الصحية الشامل الذي استخدمه من قبل. لا

التأمين على صاحب العمل

مساعدة طبية للفقراء

CHIP

تقديم المساعدات الطبية لكبار السن

تراي كير (لا تقم بالفحص أو بالتحقيق إذا كنت تحظى برعاية مباشرة أو إذا وجتهم يقومون بواجبهم)

هل هذه التغطية الصحية الشاملة هي التغطية الصحية COBRA؟ نعم لا

هل هي خطة لعمل تغطية صحية لمن بلغوا سن التقاعد؟ نعم لا

أخرى

برنامج التغطية الصحية الشامل VA

فيلق السلام

اسم التأمين الصحي:

رقم بوليصة التأمين:

هل هذه خطة محدودة المنافع (مثل السياسات الغير جوهرية التي تتم في المدارس)؟

نعم لا

٢. هل أي شخص مدرج اسمة على قائمة استمارات الطلب تم تقديم التغطية الصحية الشاملة له من قبل في وظيفته؟ تحقق من إجابتك بنعم حتى لو كان التغطية الصحية الذي تم من قبل تم على وظائف أشخاص آخرين مثل الوالد أو الزوج.

نعم. إذا كانت الإجابة بنعم، ستحتاج إلى استكمال وتضمين الملحق هذا هذه خطة استحقاقات لموظف الدولة؟ نعم لا

لا إذا كانت الإجابة بلا استمر حتى تصل للخطوة رقم ٥.

الخطوة رقم ٥ قراءة وتوقيع هذا الطلب.

أوقع أنا هذا الطلب متحملاً عقوبة الحنث باليمين وهو ما يعني أنني قد قدمت إجابات حقيقية على جميع الأسئلة في هذا النموذج على حد علمي.

أنا أعلم أنني قد أكون عرضة للعقوبات بموجب القانون الفيدرالي إذا قمت بالإدلاء عمدًا بمعلومات كاذبة أو غير صحيحة.

وأنأ أعلم أنني يجب أن أخبر مكتب التأمين الصحي إذا حدث أية تغييرات وكانت هذه التغييرات تختلف عما كتب في استمارة الطلب من قبل. ويمكنني أن زيارة

HealthCare.gov أو الاتصال بـ 1-800-318-2596 للإبلاغ عن أي تغييرات. وأنا أتفهم أن أي تغيير في المعلومات الخاصة بي يمكن أن يؤثر في أهليتي لأعضاء أسرتي

وأنأ أعلم أنه بموجب القانون الفيدرالي، لا يجوز التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس أو السن أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية، أو الإعاقة.

يمكنني تقديم شكوى إذا حدث تمييز عن طريق زيارة www.hhs.gov/ocr/office/file.

أنا أعلم أن معلوماتي في هذا النموذج سوف تستخدم فقط لتحديد الأهلية للحصول على التأمين الصحي وسيتم الاحتفاظ بالخصوصية التي يقتضيها القانون.

وأؤكد على أن استمارة الطلب للتأمين الصحي هذه لا يوجد بها أحد كان قد (اعتقل أو سجن من قبل). إذا لم يكن لديك، شخص مسجون.
(اسم الشخص)

نحن بحاجة إلى هذه المعلومات لمعرفة هل تستحق المساعدة بالحصول على الأموال اللازمة للتغطية الصحية إذا اخترت التقدم. سنقوم بالتأكد من إجاباتك باستخدام قاعدة بيانات الكترونية وقاعدات بيانات دائرة الإيرادات الداخلية وأيضاً عن فريق الضمان الاجتماعي والامن الاجتماعي وكذلك عن فريق وزارة الامن الداخلي وأيضاً عن طريق جهاز الإبلاغ عن المستهلك. إذا لم تكن المعلومات متوافقة بعد الفحص، قد نطلب منك تقديم الدليل على صحة ما تقول.

الخطوة رقم ٥ (تابع)

تجديد التغطية الصحية في السنوات المقبلة

لحل الامر بشكل أسهل في تحديد مدى أهليتي واستحقاقي للمساعدة في الحصول على الدفع للتغطية الصحية الشاملة في السنوات المقبلة فأنا أوافق على السماح لمكتب التأمين الصحي باستخدام بيانات الدخل بما فيها معلومات عن الاقرار الضريبي. وسيقوم المكتب بإرسال الملاحظات لي لعمل أي تغييرات واستطيع في نفس الوقت أن أنسحب في أي وقت أريده.

نعم، قم بتجديد الاستحقاق بطريقة تلقائية للخمس سنوات القادمة

٥ (الحد الأقصى لعدد السنوات المسموح به)، أو لعدد أقصر من السنين:

٤ أربع سنوات ٣ سنوات ٢ سنوات ١ سنة لا تستخدم المعلومات من الاقرار الضريبي لتجديد التغطية الصحية الشاملة.

إذا كان أي شخص في هذا الطلب مؤهلاً للحصول على مساعدة طبية

أنا سأقوم بإعطاء وكالة المساعدات الطبية حقوقنا للسعي في الحصول على الاموال من مكاتب التأمين الصحي الاخرى ومن المنشآت القانونية ومن اطراف اخرى ثالثة أنا أيضا أقوم بإعطاء الحقوق لوكالة المساعدات الطبية لمتابعة والحصول على الدعم الطبي من أحد الزوجين أو أحد الوالدين.

هل هناك طفل في هذا الطلب لا يعيش معه أحد أبويه بصفة دائمة؟ نعم لا

إذا كان الجواب نعم، أنا أعرف سيتم طلب مني ان اتعاون مع الوكالة التي تقوم بجمع الدعم للمساعدات الطبية عن احد الوالدين الغائبين. إذا كنت أعتقد أن التعاون لجمع الدعم الطبي سيضرني أو سيضر أطفالي أستطيع وقتها أن أخبر وكالة المساعدات الطبية وعندها قد أكون غير مضطر للتعاون معهم.

ماذا علي أن أفعل إذا ظننت أن النتائج حول أهليتي خاطئة؟

إذا كنت لا توافق على ما أنت مؤهل للحصول عليه، في كثير من الحالات، فيمكنك أن تطلب تقديم استئناف. يرجى مراجعة إشعار أهليتك للحصول على التعليمات حول تقديم طلبات الاستئناف الخاصة بكل فرد من أفراد أسرتك، بما في ذلك عدد الأيام التي تريد الاستئناف فيها. وفيما يلي معلومات هامة يجب مراعاتها عند طلب تقديم الاستئناف:

يمكن أن تفوض شخص ما لطلب أو للمشاركة في الاستئناف الخاص بك إذا كنت ترغب في ذلك. يمكن أن يكون هذا الشخص صديق أو قريب أو محام، أو فرد آخر. أو، يمكنك طلب والمشاركة في تقديم الاستئناف الخاص بك بمفردك.

إذا كنت تطلب تقديم الاستئناف، فسيكون بإمكانك الحفاظ على أهليتك للحصول على التأمين في أثناء الفترة التي يكون فيها طلبك بالاستئناف قيد العمل.

يمكن ان تتغير نتيجة الاستئناف من أهلية أعضاء آخرين من أفراد أسرتك.

للاستئناف على نتائج الأهلية الخاصة بك لدى Marketplace، فيمكنك تسجيل الدخول إلى حساب Marketplace الخاص بك على [HealthCare.gov/marketplace](https://www.healthcare.gov/marketplace) أو الاتصال

على **1-800-318-2596**. يجب على مستخدمي الباقة الاتصال على الرقم **1-855-889-4325**. يمكنك أيضا إرسال نموذج طلب الاستئناف بالبريد أو برسالة خاصة للمطالبة

بالإستئناف إلى **London, KY 40750, Industrial Blvd 465, Dept. of Health and Human Services, Health Insurance Marketplace**. يمكنك الاستئناف على الأهلية

لشراء التأمين الصحي من خلال Marketplace، وفترات التسجيل والإعفاءات الضريبية، وتخفيضات توزيع التكاليف، والمساعدة الطبية للفقراء Medicaid، وCHIP، إذا كنت قد

رُفضت من أي منها. إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعفاءات ضريبية أو تخفيضات توزيع التكاليف، فيمكنك الاستئناف على المبلغ الذي قررنا أنك مؤهل له. على حسب ولايتك، قد

تكون قادراً على الاستئناف من خلال Marketplace أو قد تضطر إلى طلب الاستئناف مع المساعدة الطبية للفقراء Medicaid في الولاية أو عبر وكالة CHIP.

التوقيع على هذا الطلب. يجب على الشخص الذي يقوم بملاء الخطوة ١ توقيع هذا الطلب. إذا كنت ممثل عن شخص ما وقع هنا، طالما انك قمت بتقديم المعلومات المطلوبة في الملحق ج.

التوقيع	التاريخ (شهر / يوم / عام)

استمارة تقديم الطلب بالبريد الالكتروني مكتملة

الخطوة رقم ٦

اكتب بريدك الالكتروني الى:

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

إذا كنت ترغب في التسجيل للتصويت، يمكنك ملء استمارة تسجيل الناخبين في [usa.gov](https://www.usa.gov).

بيان كشف تحليل مخاطر الأفات

وفقاً لقانون تخفيض العمل الورقي لعام ١٩٩٥، لامت بتقديم أيس معلومات إلا إذا ام تقديم رقم تليفون مكتب الادارة والميزانية. إن رقم تليفون مكتب الادارة والميزانية الساري الان والمسئول عن جمع هذه المعلومات هو ٠٩٣٨-٠٩١١. ويقدر الوقت اللازم لإتمام جمع هذه المعلومات بمتوسط ٤٥ دقيقة لكل رد، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات المتوفرة وجمع البيانات اللازمة، واستكمال ومراجعة جمع المعلومات، إذا كان لديك تعليقات بشأن دقة تقدير الوقت (ق) أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يرجى الكتابة إلى: CMS، ٧٥٠٠ بوليفارد الأمن، عناية: تحليل مخاطر الأفات تقارير موظف التخليص، إيقاف البريد ٠٥-٢٦٠-٢٦٠٠ بالتيمور، ماريلاند ٢١٢٤٤-١٨٥٠.

التغطية الصحية من الوظائف

أنت لست بحاجة إلى الإجابة على هذه الأسئلة إلا إذا كان هناك شخص ما في المنزل مؤهل للحصول على التغطية الصحية من إحدى الوظائف. قم بإرفاق نسخة من هذه الصفحة لكل وظيفة توفر التغطية.

أخبرنا عن الوظيفة التي توفر التغطية.

خذ أداة تغطية صاحب العمل الموجودة في الصفحة التالية إلى صاحب العمل الذي يقدم التغطية لمساعدتك في الإجابة على هذه الأسئلة. ما عليك سوى أن تقوم بتضمين هذه الصفحة عند قيامك بإرسال الطلب الخاص بك، وليس أداة التغطية صاحب العمل.

معلومات الموظف

١. اسم الموظف (أول، وسط، آخر)	٢. رقم الضمان الاجتماعي للموظف

معلومات صاحب العمل

٣. اسم صاحب العمل	٤. رقم تعريف صاحب العمل (EIN)	
٥. عنوان صاحب العمل (سوف يرسل المركز التجاري إخطارات إلى هذا العنوان)	٦. رقم هاتف صاحب العمل	
٧. المدينة	٨. الدولة	٩. الرمز البريدي
١٠. من الذي يمكننا الاتصال به بخصوص التغطية الصحية للموظف في هذه الوظيفة؟		
١١. رقم الهاتف (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه)	١٢. عنوان البريد الإلكتروني	

١٣. هل أنت مؤهل حالياً للتغطية التي يوفرها صاحب العمل هذا، أم هل سوف تصبح مؤهلاً خلال ٣ أشهر المقبلة؟

أجل (المتابعة)

١١. إذا كنت في فترة انتظار أو تحت الاختبار، متى يمكنك الانخراط في التغطية؟

(الشهر / اليوم / السنة)

قائمة الأسماء لأي شخص آخر غير مؤهل للحصول على التغطية من هذه الوظيفة.

الاسم: الاسم: الاسم: الاسم:

لا (توقف هنا وانتقل إلى الخطوة ٥ في الطلب)

أخبرنا عن الخطة الصحية التي يقدمها صاحب العمل هذا.

١٤. هل تقدم صاحب العمل بالبرنامج الصحي الذي يفي بمعيار قيمة الحد الأدنى *؟ نعم لا

١٥. للخطة الأقل تكلفة التي تلي معيار قيمة الحد الأدنى * التي عرضت فقط للموظف (لا تشمل خطط الأسرة): إذا كان صاحب العمل لديه برامج الصحة، وتوفير القسط الذي قد يدفعه الموظف إذا كان / انها تلقت أقصى حد للخصم لأية برامج الإقلاع عن تعاطي التبغ، وأنه لم يتلق أية خصومات أخرى على أساس البرامج الصحة.

أ. كم سيضطر أن يدفع الموظف أقساط تأمين لهذه الخطة؟ \$

ب. كم مرة؟ أسبوعياً كل أسبوعين مرة كل شهر مرتين في الشهر كل ثلاثة أشهر سنوياً

١٦. ما هو التغيير الذي سيقوم به صاحب العمل لخطة العام الجديد (إذا كان معروفاً)؟

لن يقدم صاحب العمل التغطية الصحية

وسوف يبدأ صاحب العمل في تقديم التغطية الصحية للموظفين أو تغيير القسط للخطة الأقل تكلفة المتاحة فقط للموظف الذي يلبي الحد الأدنى من معيار القيمة. * (ينبغي أن يعكس القسط خصمًا على برامج الصحة [راجع السؤال ١٥].)

أ. وكم سيدفع الموظف لأقساط التأمين لهذه الخطة؟ \$

ب. كم مرة؟ أسبوعياً كل أسبوعين مرة كل شهر مرتين في الشهر كل ثلاثة أشهر سنوياً

تاريخ التغيير (شهر / اليوم / السنة):

* تلي خطة الصحة التي يراها صاحب العمل "معيار قيمة الحد الأدنى" في حالة أن تغطية حصة الخطة لإجمالي تكاليف الفائدة التي تغطيها الخطة ليست أقل من ٦٠ في المئة من هذه التكاليف (القسم ٣٦B ج) (٢) (C) (H) (II) من قانون الإيرادات الداخلية لعام ١٩٨٦

هل تريد مساعدة بطلبك؟ الرجاء زيارة HealthCare.gov. (إعطاء صحي حكومي)، أو الإتصال بنا هاتفياً على: 1-800-318-2596. للحصول على نسخة من هذه الإستمارة بالإنكليزية إتصل ب: 1-800-318-2596. إذا ما أردت المساعدة بغير الإنكليزية، إتصل على 1-800-318-2596 وإعلام ممثل الخدمة باللغة المرادة. سوف نمدك بالمساعدة دون مقابل. على مستخدم T + Y، الإتصال على 1-855-889-4325.



استخدم هذه الأداة للمساعدة في الإجابة على الأسئلة في الملحق (أ) عن أي تغطية صحية لصاحب العمل إن كنت مؤهلاً للحصول عليه (حتى لو كان من وظيفة لشخص آخر، مثل أحد الوالدين أو الزوج أو الزوجة). المعلومات في المربعات المرقمة أدناه مطابقة للمربعات في الملحق أ على سبيل المثال، يجب الإجابة على السؤال ١٤ في هذه الصفحة مع السؤال ١٤ في الملحق أ.

اكتب اسمك ورقم الضمان الاجتماعي في المربعات ١ و ٢ و أطلب من صاحب العمل ملء ما تبقى من النموذج. أكمل أداة واحدة لكل صاحب عمل توفر التغطية الصحية.

معلومات الموظف



يحتاج الموظف إلى ملء بيانات هذا القسم.

١. اسم الموظف (الأول، الأوسط، الأخير) _____
٢. رقم الضمان الاجتماعي _____

معلومات صاحب العمل



أسأل صاحب العمل عن هذه المعلومات.

٣. اسم صاحب العمل _____
٤. رقم تعريف صاحب العمل (EIN) _____
٥. عنوان صاحب العمل (سوف يرسل المركز التجاري إخطارات إلى هذا العنوان) _____
٦. رقم هاتف صاحب العمل _____
٧. المدينة _____
٨. الدولة _____
٩. الرمز البريدي _____
١٠. من الذي يمكننا الاتصال به بخصوص التغطية الصحية للموظف في هذه الوظيفة؟ _____
١١. رقم الهاتف (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه) _____
١٢. عنوان البريد الإلكتروني _____

١٣. هل الموظف مؤهل حالياً للتغطية التي يوفرها صاحب العمل هذا، أم سيكون الموظف مؤهلاً في الأشهر الـ ٣ المقبلة؟
 أجل (انتقل إلى السؤال 113)

١٤. إذا كان الموظف غير مؤهل اليوم، بما في ذلك نتيجة فترة الانتظار أو تحت الاختبار، متى سيكون مؤهلاً لتغطية؟
(الشهر / اليوم / السنة) (انتقل إلى السؤال التالي)
 لا (توقف وأعد هذه الاستمارة للموظف)

أخبرنا عن الخطة الصحية التي يقدمها صاحب العمل.

هل تقدم صاحب العمل بالبرنامج الصحي الذي يغطي زوجة الموظف أو المعيلين؟

نعم . أي الأشخاص؟ الزوج المعيلين
 لا

(اذهب إلى السؤال ١٤)

١٤. هل تقدم صاحب العمل بالبرنامج الصحي الذي يلي معيار قيمة الحد الأدنى*؟

نعم (انتقل إلى سؤال ١٥) لا (توقف وأعد النموذج للموظف)

١٥. للخطة الأقل تكلفة التي تلي معيار قيمة الحد الأدنى * التي عرضت فقط للموظف (لا تشمل خطط الأسرة): إذا كان لدى صاحب العمل برامج صحة، وسيوفر القسط الذي قد يدفعه الموظف إذا كان تلقى أقصى حد للخصم لأية برامج الإقلاع عن تعاطي التبغ، وأنه لم يتلق أية خصومات أخرى على أساس البرامج الصحة.

أ. كم سيضطر أن يدفع الموظف كأقساط تأمين لهذه الخطة؟ \$ _____

ب. كم مرة؟ أسبوعياً كل أسبوعين مرة كل شهر مرتين في الشهر كل ثلاثة أشهر سنوياً

إذا كانت خطة السنة ستنتهي قريباً وأنت تعرف أن الخطط الصحية المقدمة ستغير، انتقل إلى السؤال ١٦. إذا كنت لا تعرف، أوقف وعد إلى نموذج الموظف.

١٦. ما هو التغيير الذي سيقوم به صاحب العمل لخطة العام الجديد (إذا كان معروفاً)؟

لن يقدم صاحب العمل التغطية الصحية

سوف يبدأ صاحب العمل بتقديم التأمين الصحي للموظفين أو تغيير القسط للدخول في خطة الأقل تكلفة التي تلي معيار قيمة الحد الأدنى*

والمتوفرة للموظفين فقط. (ينبغي أن يعكس القسط خصماً على برامج الصحة [راجع السؤال ١٥].

أ. وكم سيدفع الموظف لأقساط التأمين لهذه الخطة؟ \$ _____

ب. كم مرة؟ أسبوعياً كل أسبوعين مرة كل شهر مرتين في الشهر كل ثلاثة أشهر سنوياً

تاريخ التغيير (الشهر / اليوم / السنة): _____

* تلي خطة الصحة التي يراها صاحب العمل "معيار قيمة الحد الأدنى" في حالة أن تغطية حصة الخطة لإجمالي تكاليف الفائدة التي تغطيها الخطة ليست أقل من ٦٠ في المئة من هذه التكاليف (القسم ٣٦ب ج) (٢) (II) (C) من قانون الإيرادات الداخلية لعام ١٩٨٦

هل تريد مساعدة بطلبك؟ الرجاء زيارة HealthCare.gov. (إعطاء صحي حكومي)، أو الإتصال بنا هاتفياً على: 1-800-318-2596. للحصول على نسخة من هذه الإستمارة بالإنكليزية إتصل ب: 1-800-318-2596.

إذا ما أردت المساعدة بغير الإنكليزية، إتصل على 1-800-318-2596 وإعلام ممثل الخدمة باللغة المرادة. سوف نمدك بالمساعدة دون مقابل. على مستخدمي T + Y، الإتصال على 1-855-889-4325.



أفراد الأسرة من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين (AI/ AN)

أكمل هذا الملحق إذا كنت أنت أو أحد أفراد الأسرة من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين. قم بتقديم هذا مع الطلب الخاص بك عن التغطية الصحية والمساعدة في دفع تكاليف.

أخبرنا عن أفراد أسرتك الذين من الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين.

يمكن للهنود الحمر وسكان ألاسكا الأصليين الحصول على الخدمات من خدمات الصحة الهندية، وبرامج الصحة القبلية، أو برامج الصحة المدن الهندية. كما أنهم قد لا يضطرون لتقاسم التكاليف، وقد يحصلون على فترات شهرية خاصة الالتحاق. أجب على الأسئلة التالية للتأكد من عائلتك تحصل على أكبر قدر ممكن من المساعدة.

ملاحظه: إذا كان لديك عدد أكبر من الناس لتقم بتضمينهم، قم بصنع نسخة من هذه الصفحة وإرفاقها.

AI / AN شخص ٢	AI / AN شخص ١	
الأول الأوسط	الأول الأوسط	١. الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)
اسم العائلة	اسم العائلة	
<input checked="" type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم ، اسم القبيلة	<input checked="" type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم ، اسم القبيلة	٢. عضو في عائلة معترف بها فدراليًا؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا	
<input checked="" type="checkbox"/> أجل <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بلا ، هل هذا الشخص مؤهلاً للحصول على الخدمات من خدمة الصحة الهندية، وبرامج الصحة القبلية، أو برامج الصحة الهندي في المناطق الحضرية، أو من خلال إحالة من أحد هذه البرامج؟	<input checked="" type="checkbox"/> أجل <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بلا، هل هذا الشخص مؤهلاً للحصول على خدمات من خدمة الصحة الهندية، أو برامج الصحة القبلية، أو برامج الصحة الهندي في المناطق الحضرية، أو من خلال إحالة من واحد من هذه البرامج؟	٣. هل حصل هذا الشخصي أي وقت مضى على خدمة من خدمة الصحة الهندية، وهو برنامج الصحة القبلية، أو برنامج الصحة الهندي في المناطق الحضرية، أو من خلال إحالة من واحد من هذه البرامج؟
<input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
\$ كم عدد المرات؟	\$ كم عدد المرات؟	٤. بعض الأموال الواردة قد لا تحسب للمساعدة الطبية أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP). تتضمن قائمة الدخل (الكمية وعدد المرات) المسجلة في الطلب الخاص بك المال الوارد من هذه المصادر: المدفوعات لكل فرد من قبيلة التي تأتي من الموارد الطبيعية، وحقوق الاستخدام وعقود الإيجار، أو الإتاوات المدفوعات من الموارد الطبيعية، والزراعة، وتربية الماشية، صيد الأسماك، وعقود الإيجار، أو الإتاوات من الأراضي المخصصة والأراضي الهندية الموقوفة من قبل وزارة الداخلية (بما في ذلك الحجوزات والتحفظات السابقة) المال الوارد من بيع الأشياء التي لها أهمية ثقافية

المساعدة في استكمال هذا الطلب

يمكنك اختيار الممثل المفوض.

يمكنك ان تعطي شخص موثوق إذن للحدوث عن هذا الطلب معنا، راجع المعلومات الخاصة بك، والعمل بالنسبة لك بشأن المسائل المتعلقة بهذا الطلب، بما في ذلك الحصول على المعلومات حول الطلب الخاص بك وتوقيع الطلب الخاص بك نيابة عنك. ويسمى هذا الشخص "ممثل مفوض". إذا كنت في حاجة لتغيير ممثلك المفوض، اتصل بالسوق. إذا كنت ممثلاً مفوضاً لشخص ما في هذا الطلب، قدم دليلاً باستخدام الطلب.

١. اسم الممثل المخول (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)		
٢. العنوان		
٣. رقم الشقة أو الجناح		
٤. المدينة	٥. الدولة	٦. الرمز البريدي
٧. رقم الهاتف () - () ()		
٨. اسم المؤسسة		
٩. رقم بطاقة الهوية (إن وجد)		
توقيعك يعني أنك تسمح لهذا الشخص بالتوقيع على الطلب الخاص بك، والحصول على معلومات رسمية حول هذا الطلب، والتصرف بدلاً عنك في جميع المسائل المستقبلية المتعلقة بهذا الطلب.		
١٠ توقيعك		
١١. التاريخ (شهر/ يوم / سنة)		

للمستشارين المعتمدين للطلب، والموجهين، والوكلاء، والوسطاء فقط.

أكمل هذا القسم إذا كنت مستشاراً معتمداً لتقديم الطلب، أو موجهاً، أو وكيلاً، أو وسيطاً ملء هذا الطلب لشخص آخر.

١. تاريخ بدء الطلب (الشهر / اليوم / السنة)	
٢. الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة ولاحقه	
٣. اسم المؤسسة	
٤. رقم بطاقة الهوية (إن وجد)	
٥. الوكيل/الوسطاء فقط: رقم NPN	٤. رقم بطاقة الهوية (إن وجد)

