ይህን አይሙሉ:: ይህ ማመልከቻ አይደለም::

Health Insurance Marketplace

የጤና ሽፋን እና የክፍያ ወጭዎች እገዛ ማመልከቻ

የተረጋገጠ ቅጽ
OMB No. 0938-1191

ለማወቅ የሚገባዎ ነገሮች

ይህን ማመልከቻ ለየትኛው የጤና ሽፋን ብቁ እንደሚሆኑ ለማዬት ይጠቀሙ

- ጤንነትዎ ተጠብቆ እንዲቆዩ የሚያግዝዎት ሙሉ ሽፋን የሚሰጥዎት ተመጣጣኝ ክፍያ ያለው የግል ሙሉ የጤና መድን (ኢንሹራንስ) ዕቅዶች
- ለጤና ሽፋን አረቦን (ፕሪሚዬም) በአስቸኳይ ለመክፈል የሚያግዝዎት አዲስ የታክስ ክሬዲት
- ነፃ ወይም ዝቅተኛ-ወጭ ያለው መድን (ኢንሹራንስ) ከሜዲካኤድ (Medicaid) ወይም ከሕፃናት ጤና መድን ፕሮግራም (CHIP)

  በአመት እስከ $94,000 ድረስ ገቢ ቢኖርዎትም እንኳን (ለ4 ቤተሰብ) ለነፃ ወይም ዝቅተኛ-ወጭ ፕሮግራምተጠቃሚነት ብቁ ሊሆኑ ይችላሉ።

ይህን ማመልከቻ መጠቀም የሚችለው ማን ነው?

- ይህን ማመልከቻ ከቤተሰብ አባሎችዎ ለማናቸውም ለማመልከት ይጠቀሙ።
- እርስዎ ወይም ልጅዎ ቀድሞውኑ የጤና ሽፋን ቢኖርዎትም እንኳን ያመልክቱ። ለዝቅተኛ-ወጭ ወይም ለነፃ መድን ሽፋን ብቁ ልትሆኑ ትችላላችሁ።
- ያላገቡ ከሆኑ፣ አጭር ቅጽ ሊጠቀሙ ይችላሉ። HealthCare.gov ን ይጎብኙ።
- ስደተኞችን የያዙ ቤተሰቦች ማመልከት ይችላሉ። እርስዎ ለመድን ሽፋኑ ብቁ ባይሆኑም እንኳን ለልጆችዎ ማመልከት ይችላሉ። ማመልከቻ ማስገባት የስደተኛነት ሁኔታዎ/አቋምዎ ወይም ቋሚ ነዋሪነትን ወይም ዜግነት በማግኘት ዕድሎችዎ ላይ ምንም ዓይነት ተጽዕኖ አያስከትልም።
- ይህን ማመልከቻ ለመሙላት ሌላ ሰው እያገዝዎት ከሆነ አባሪ ሐ መሙላት ያስፈልግዎታል።

ማመልከቻን በመስመር ላይ በፍጥነት ያስገቡ

በ HealthCare.gov ላይ በመስመር ላይ በፍጥነት ያመልክቱ።

ለማመልከት የሚያስፈልግዎ

- የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥሮች (ወይም የመድን ሽፋን ለሚያስፈልጋቸው ለማንኛውም ብቁ ስደተኞች የሰነድ ቁጥሮች)
- ለቤተሰብዎ ለእያንዳንዱ (ለምሳሌ፣ h paystubs, W-2 ቅጾች፣ ወይም ደመወዝ እና የግብር መግለጫዎች ያሉ) የቀጣሪ እና ገቢ መረጃ
- ለማንኛውም ወቅታዊ የጤና መድን የፖሊሲ ቁጥሮች
- ለቤተሰብዎ ዝግጁ ስለሆነ ከሥራ ጋር የተገናኘ ማንኛውን የጤና መድን መረጃ

ይህን መረጃ ለምን እንጠይቃለን?

ለየትኛው ሽፋን ብቁ ሊሆኑ እንደሚችሉ እና ለክፍያው እገዛ ማግኘት እንደሚችሉ ለማወቅ የሚያስችሉ ስለገቢ እና ሌሎች መረጃዎች እንጠይቅዎታለን። **የሚሰጡንን መረጃ ሁሉንም በሚስጥር እና በአስተማማኝ ሁኔታ ሕግ እንደሚፈቅደው ጠብቀን እንይዝዋለን።** ስለ ግላዊ መብት ደንብ መግለጫ ለመረዳት ወደ HealthCare.gov ይሂዱ ወይም መመሪያዎቹን ይመልከቱ።

ቀጥሎስ ምን ይደረጋል?

የተሞላ እና የተፈረመ ማመልከቻዎትን በገጽ 7 ላይ ወደ ተመለከተው አድራሻ ይላኩ። **ለጠየቅንዎ መረጃ በሙሉ ምላሽ ባይኖርዎትም ለማንኛውም ማመልከቻዎን ፈርመው ይላኩ።** ከ1-2 ሳምንታት ውስጥ ተመልሰን እናነጋግርዎታለን። የጤና መድን ሽፋንዎን ሂደት ለማጠናቀቅ ስለሚወሰደው ቀጣይ እርምጃ መመሪያ እንሰጥዎታለን። ከእኛ ምንም ካልሰሙ HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። ይህን ማመልከቻ ሞልተው ላኩ ማለት የጤና ሽፋን መግዛት አለብዎት ማለት አይደለም።

በዚህ ማመልከቻ ላይ እገዛ ያግኙ

- **መስመር ላይ:-** HealthCare.gov
- **ስልክ:-** የእገዛ ማእከላችን በ **1-800-318-2596** ደውለው ያግኙ።
- **በአካል በመሄድ መረጃ ለማግኘት:-** ሊያግዙዎ የሚችል በአካባቢው አማካሪ ባለሙያዎች ሊኖሩ ይችላሉ። **ለበለጠ መረጃ HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም 1-800-318-2596 ላይ ይደውሉ።**
- **አማርኛ :** ለእገዛ ከከፍያ ነፃ በሆነው ስልክ ቁጥር በ **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ።

በማመልከቻዎ ሂደት ላይ እገዛ ይፈልጋሉ? HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። የማመልከቻውን ቅጅ በእንግሊዝኛ ይፈልጋሉ? አባከዎ **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። ከእንግሊዝኛ ውጭ በሌላ ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ በስልክ ቁጥር **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ እና የሚፈልጉትን ቋንቋ ለደንበኞች አገልግሎት ይንገሩ። ምንም ሳናስከፍልዎት እገዛ እናደርግልዎታለን። የ**TTY** ተጠቃሚዎች በ **1-855-889-4325** ላይ መደወል አለባቸው።

ክፍል 1 ስለራስዎ ይንገሩን።

(ለማመልከቻዎ በቤተሰብዎ ውስጥ አንድ አዋቂ ሰው ተጠሪ እንዲሆንልን እንፈልጋለን።)

1. መጠሪያ ስም	የአባት ስም	የአያት ስም	መጠሪያ ማዕረግ (ቅጥያ)

2. የቤት አድራሻ (ከሌለዎት ከፍት ይተውት)	3. የአፓርትመንት ወይም ክፍል ቁጥር

4. ከተማ	5. ግዛት	6. ዚፕ ኮድ	7. ካውንቲ

8. የፖስታ አድራሻ (ከላይ ከሰጡት የተለዩ ከሆነ)	9. የአፓርትመንት ወይም ክፍል ቁጥር

10. ከተማ	11. ግዛት	12. ዚፕ ኮድ	13. ካውንቲ

14. ሥልክ ቁጥር	15. የሥልክ ቁጥር
( ) –	( ) –

16. ይህን ማመልከቻ በተመለከተ መረጃ በኢሜል ማግኘት ይፈልጋሉ? ☐ አዎ ☐ የለም

የኢሜል አድራሻ:-

17. የሚመርጡት የንግግር ወይም የጽሑፍ ቋንቋ (እንግሊዝኛ ካልሆነ) የትኛው ነው?

ክፍል 2 ስለቤተሰብዎ ይንገሩን

በዚህ ማመልከቻ ውስጥ ማንን ማካተት ይፈልጋሉ?

ከእርስዎ ጋር ስለሚኖሩት ሁሉም የቤተሰብ አባላት ይንገሩን። ግብሮችን (ታክሶችን) ካስመዘገቡ፣ በግብር (ታክስ) ተመላሽዎት ላይ ስለተሞላው እያንዳንዱ ሰው ማወቅ ያስፈልገናል። (የጤና መድን ሽፋን ለማግኘት ግብሮችን (ታክሶችን) ማስመዝገብ አያስፈልግዎም።)

ማካተት ያለብዎት፡-

- ራስዎን
- ባለቤትዎን
- ከ21 አመት በታች የሆኑ እና እርስዎ ጋር የሚኖሩ ልጆችዎን
- የጤና መድን ሽፋን የሚያስፈልገው/ጋት ያላገቡት/ቢት ጓደኛዎ
- በግብር (ታክስ) ተመላሽዎት ላይ ያካተቱት ማንኛውምሰው ፣ ከእርስዎ ጋር የማይኖሩ ቢሆኑም እንኳ
- ሌላ ማንኛውንም ከ21 አመት በታች የሆነ እና በእርስዎ ኃላፊነት የሚተዳደር እና ከእርስዎ ጋር የሚኖር ሰው

ማካተት የሌለብዎት፡-

- የጤና መድን ሽፋን የማይፈልግ/የማትፈልግ ያላገቡት/ቢት ጓደኛዎን
- ያላገቡት/ቢት ጓደኛዎ ልጆችን
- ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ ነገር ግን የራሳቸውን የግብር (ታክስ) ተመላሽ የሚያስመዘግቡ ወላጆችዎን (ዕድሜዎት 21 አመት በላይ ከሆነ)
- የራሳቸውን የግብር (ታክስ) ተመላሽ የሚያስመዘግቡ ሌሎች አዋቂ ዘመዶችዎን

ተመራጭ ወይም ብቁ የሚሆኑለት የእገዛ መጠን ወይም ፕሮግራም ዓይነት በቤተሰብዎ ብዛት እና የገቢያቸው መጠን ይወሰናል። ብቁ የሚሆኑበት ወይም የሚመረጡበት የእርዳታ መጠን ወይም የፕሮግራም ዓይነት በቤተሰብዎ ብዛት እና የገቢያቸው መጠን ይወሰናል። ይህ መረጃ እያንዳንዱ ሰው የሚችለውን ምርጥ ሽፋን ማግኘታቸውን ለማረጋገጥ ይጠቅመናል።

ለእያንዳንዱ የቤተሰብዎ አባልዎት ክፍል 2ን ይሙሉ። በራስዎ ይጀምሩ፣ ከዚያ ሌሎች አዋቂዎችን እና ልጆችን ይሙሉ። በቤተሰብዎ ከ2 ሰዎች በላይ ካሉ፣ ገጾችን ፎቶኮፒ በማንሳት (በማባዛት) እና በመሙላት ያያይዟቸው። የጤና መድን ሽፋን ለማይፈልጉ የቤተሰብ አባላት የስደተኝነት ሁኔታ ወይም የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) መስጠት አያስፈልግዎትም። የሚሰጡንን መረጃ ሁሉንም በሚስጥር እና በአስተማማኝ ሁኔታ በሁኔታ ሕግ እንደሚፈቅደው ጠብቀን እንይዘዋለን። የግላዊ መረጃዎችዎን የጤና ዋስትና ሽፋን ለማግኘት ብቁ መሆን አለመሆንዎን ለመወሰን እንጠቀምበታለን።

ክፍል 2: 1ኛ ሰው (ከራስዎት ይጀምሩ)

ክፍል 2ን ለራስዎ፣ አብሮዎት ለሚኖሩ ለባለቤትዎ/ጓደኛዎ እና ለልጆችዎ እና/ወይም በፌደራል የግብር ተመላሽ ካስመዘገቡ በዚያ ላይ ያለ ማንኛውንም ሰው ይሙሉ። ማንን ስለማካተት ለበለጠ መረጃ ገጽ 1 ይመልከቱ። የግብር ተመላሽ ላይ ካላስመዘገቡ፣ ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ የቤተሰብ አባላትን መሙላት እንደሚችሉ ያስታውሱ።

1. መጠሪያ ስም	የአባት ስም	የእያት ስም	መጠሪያ ማዕረግ (ቅጥያ)

2. ከእርስዎ ጋር ያለው ዝምድና?	3. የትውልድ ዘመን (ወር/ቀን/ዓ/ም)	4. ጾታ
ራስ /SELF/	/ /	☐ ወንድ ☐ ሴት

5. የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ☐ - ☐ - ☐

ይህን የጠየቅንዎት የጤና መድን ሽፋን ከፈለጉ እና የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ካለዎት ነው። ለራስዎ የጤና መድን ሽፋን የማይፈልጉ ቢሆንም እንኳ፣ ለማመልከቻዎ ምላሽ የመስጠት ሂደቱን ስለሚያፋጥነው የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) መስጠት ጠቃሚ ሊሆን ይችላል። የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥሮችን (SSNs) የጤና ወጭዎች እገዛ ማን ማግኘት እንዳለበት ለመወሰን ገቢን ለማወቅ እና ሌሎች መረጃዎችን ለማጣራት እንጠቀምባቸዋለን። የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥርን (SSN) በተመለከተ እገዛ ለማግኘት 1-800-772-1213 ላይ ይደውሉ ወይም socialsecurity.gov. ን ይጎብኙ። የTTY ተጠቃሚዎች 1-800-325-0778 ላይ ይደውሉ።

6. **በሚቀጥለው አመት የፌደራል የገቢ ግብር ተመላሽ የማስመዝገብ ዕቅድ አለዎት?**
(የፌደራል ገቢ ግብር ተመላሽ ባያስመዘግቡም እንኳን ለጤና መድን ሽፋን ማመልከት ይችላሉ።)

☐ **አዎ። አዎ ከሆነ፣** እባክዎ ከሀ-ሐ ያሉ ጥያቄዎችን ይመልሱ። ☐ **የለም። የለም ከሆነ፣** ወደ ጥያቄ ሐ ይለፉ።

ሀ. ከባለቤትዎ ጋር በጋራ ያስመዘግባሉ? ☐ አዎ ☐ የለም

አዎ ከሆነ፣ የባለቤትዎ ስም:- ☐

ለ. በግብር ተመላሽ ላይ ጥገኞችን ያስመዘግባሉ? ☐ አዎ ☐ የለም

አዎ ከሆነ፣ የጥገኞችን ስም(ስሞች) ይዘርዝሩ:- ☐

ሐ. በሌላ ሰው የግብር ተመላሽ ላይ ጥገኛ የሚሆኑበት ሁኔታ ይኖራል? ☐ አዎ ☐ የለም

አዎ ከሆነ፣ እባክዎ የግብር አስመዝጋቢውን ስም ይጻፉ:- ☐

ከግብር አስመዝጋቢው ጋር እንዴት ነው የሚዛመዱት? ☐

7. ነፍሰጡር ነዎት? ☐ አዎ ☐ የለም ሀ. **አዎ ከሆነ፣** ከዚህ እርግዝና ስንት ልጆች ይጠብቃሉ? ☐

8. **የጤና መድን ሽፋን ይፈልጋሉ?**
(የመድን ሽፋን ቢኖርዎትም የተሻለ ሽፋን ወይም ዝቅተኛ ክፍያዎች ያለው ፕሮግራም ሊኖር ይችላል።)

☐ **አዎ። አዎ ከሆነ፣** ከዚህ በታች ያሉትን ሁሉንም ጥያቄዎች ይመልሱ ☐ **የለም። የለም ከሆነ፣** ገጽ 3 ላይ ወደሚገኙት የገቢ ጥያቄዎች ይሂዱ። የዚህ ገጽ ቀሪ ክፍል ክፍት ይተውት።

9. (እንደ መታጠብ፣ መልበስ፣ የየዕለት ሥራዎ፣ ወዘተ) ያሉ እንቅስቃሴዎችዎ ላይ ውስንነትን የሚያስከትሉ የአካል፣ የአዕምሮ፣ ወይም ስሜታዊ የጤና ሁኔታዎች አሉብዎት? ወይም በጤና እንክብካቤ ተቋም ውስጥ ይኖራሉ? ☐ አዎ ☐ የለም

10. የዩ.ኤስ ዜግነት አለዎት ወይም የዩ.ኤስ ተወላጅ ነዎ? ☐ አዎ ☐ የለም

11. **የዩ.ኤስ ዜግነት ከሌለዎት ወይም የዩ.ኤስ ተወላጅ ካልሆኑ፣** ሕጋዊ የስደተኝነት አቋም አለዎት? *(መመሪያዎችን ይመልከቱ)*

☐ አዎ። የሰነድዎን ዓይነት እና የመለያ ቁጥርሩን ከዚህ በታች ይሙሉ።

ሀ. የስደተኝነት ሰነድ ዓይነት:- ☐

ለ. ሰነድ መለያ ቁጥር ☐

ሐ. እ.ኤ.አ.) ከ1996 ጀምሮ በዩ. ኤስ ኖረዋል? ☐ አዎ ☐ የለም

መ. እርስዎ፣ ወይም ባለቤትዎ ወይም ወላጅዎ አርበኛ ወይም በዩ.ኤስ ጦር ኃይል ውስጥ ንቁ-አባል ነበሩ? ☐ አዎ ☐ የለም

12. ከለፉት 3 ወራት ጀምሮ የሕክምና ወጭዎች ክፍያ እገዛ ይፈልጋሉ? ☐ አዎ ☐ የለም

13. ከ19 አመት በታች የሆነ ቢያንስ አንድ ልጅ ጋር ይኖራሉ፣ እናም ለዚህ ልጅ ዋና ኃላፊነት ያለብዎት እርስዎ ነዎት? ☐ አዎ ☐ የለም

14. የሙሉ-ጊዜ ተማሪ ነዎት? ☐ አዎ ☐ የለም

15. በ18 አመትዎ ወይም ከዚያ በኋላ የማደጎ ማእከል ውስጥ ነበሩ? ☐ አዎ ☐ የለም

16. **ሂስፓኒክ/ላቲኖ ከሆኑ፣ ብሔር (አማራጭ— እርስዎን የሚመለከተውን ይምረጡ።)**

☐ ሜክሲኳዊ ☐ ሜክሲኮ አሜሪካዊ ☐ ቺካኖዊ ☐ ፖርቶሪካዊ ☐ ኩባዊ ☐ ሌላ _____

17. **ዘር/ቀለም (አማራጭ— እርስዎን የሚመለከተውን በሙሉ ይምረጡ።)**

☐ ነጭ
☐ ጥቁር ወይም አፍሪካ አሜሪካዊ
☐ አሜሪካ ሕንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ
☐ እስያ ሕንዳዊ
☐ ቻይናዊ
☐ ፊሊፒኖ
☐ ጃፓናዊ
☐ ኮሪያዊ
☐ ቬትናማዊ
☐ ሌላ እስያዊ
☐ ተወላጅ ሃዋይያዊ
☐ ጉዋማናዊ ወይም ቻሞሮ
☐ ሳሞአን
☐ ሌላ የፓስፊክ ደሴተኛ
☐ ሌላ _____

በማመልከቻዎ ሂደት ላይ እገዛ ይፈልጋሉ? HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። የማመልከቻውን ቅጅ በእንግሊዝኛ ይፈልጋሉ? እባክዎ **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። ከእንግሊዝኛ ውጭ በሌላ ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ በስልክ ቁጥር **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ እና የሚፈልጉትን ቋንቋ ለደንበኞች አገልግሎት ይንገሩ። ምንም ሳናስከፍልዎት እገዛ እናደርግልዎታለን። የ**TTY** ተጠቃሚዎች በ **1-855-889-4325** ላይ መደወል አለባቸው።

ክፍል 2: 1ኛ ሰው (የራስዎን ይቀጥሉ)

አሁን ያለዎት የሥራ እና ገቢ መረጃ

☐ **ተቀጣሪ:-** በአሁኑ ወቅት ተቀጣሪ ከሆኑ፣ ስለገቢዎ ይንገሩን። በጥያቄ ቁጥር 18 ይጀምሩ።

☐ **ተቀጣሪ ካልሆኑ:-** ወደ ጥያቄ ቁጥር 28 ይሂዱ።

☐ **የግልዎትን ስራ ይሠራሉ:** - ወደ ጥያቄ ቁጥር27 ይሂዱ።

አሁን ያለዎት ሥራ 1:-

18. የቀጣሪ/አሰሪ ስም

ሀ. የቀጣሪ/አሰሪ አድራሻ

ለ. ከተማ	ሐ. ግዛት	መ. የዚፕ ኮድ	19. የቀጣሪ/አሰሪ ሥልክ ቁጥር
			( ) –

20. ደመወዝ/ጉርሻ (ከግብር በፊት)

☐ በሰዓት ☐ በሳምንት ☐ በየሁለት ሳምንቱ

$ ☐ በወር ሁለት ጊዜ ☐ በወር ☐ በአመት

21. በየሳምንቱ የሚሰሩት አማካኝ የሰዓት ብዛት

አሁን ያለዎት ሥራ 2:- (ብዙ ሥራ ካለዎት እና ተጨማሪ ቦታ ከፈለጉ፣ ሌላ ተጨማሪ ወረቀት ያያይዙ።)

22. የቀጣሪ/አሰሪ ስም

ሀ. የቀጣሪ/አሰሪ አድራሻ

ለ. ከተማ	ሐ. ግዛት	መ. የዚፕ ኮድ	23. የቀጣሪ/አሰሪ ሥልክ ቁጥር
			( ) –

24. ደመወዝ/ጉርሻ (ከግብር በፊት)

☐ በሰዓት ☐ በሳምንት ☐ በየሁለት ሳምንቱ

$ ☐ በወር ሁለት ጊዜ ☐ በወር ☐ በአመት

25. በየሳምንቱ የሚሰሩት አማካኝ የሰዓት ብዛት

26. **ባለፈው አመት ያደረጉት:-** ☐ ሥራ ለውጠዋል ☐ ሥራ አቁመዋል ☐ ጥቂት ሰዓታት መስራት ጀምረዋል ☐ ከዚህ ውጭ

27. **የግልዎትን ስራ የሚሰሩ ከሆነ የሚከተሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ:-**

ሀ. የሚሠሩት የሥራ ዓይነት:-

ለ. ከዚህ ሥራዎ በወር ምን ያህል የተጣራ ገቢ (የሥራ ማስኬጃ ወጭዎች ከተቀነሱ በኋላ) ያገኛሉ? *(መመሪያዎችን ይመልከቱ።)* $

28. **በዚህ ወር ያለዎት ሌላ ገቢ:-** እርስዎን የሚመለከተው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ እና መጠኑን እና በየስንት ጊዜው እንደሚያገኙት ይግለጹ። ምንም ከሌለ እዚህ ጋ ምልክት ያድርጉ። ☐

ማሳሰቢያ:- ስለ ልጆች ድጋፍ፣ የእርበኝነት ክፍያ፣ ወይም የማኅበራዊ ዋስትና ድጋፍ ገቢ (SSI) ሊነግሩን አያስፈልግዎትም።

☐ ከሥራ አጥነት	$	በየስንት ጊዜው? _____	☐ ከፍቺ /Alimony/ የተገኘ	$	በየስንት ጊዜው? _____
☐ ጡረታ	$	በየስንት ጊዜው? _____	☐ ከእርሻ/ዓሳ ማስገር የተጣራ	$	በየስንት ጊዜው? _____
☐ የማኅበራዊ ዋስትና	$	በየስንት ጊዜው? _____	☐ ከኪራይ/ሮያሊቲ የተጣራ	$	በየስንት ጊዜው? _____
☐ የጡረታ ሂሳቦች	$	በየስንት ጊዜው? _____	☐ ከሌላ ገቢ ዓይነት:- _____	$	በየስንት ጊዜው? _____

29. **ተቀናሾች:-** እርስዎን የሚመለከተው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉ እና መጠኑን እና በየስንት ጊዜው እንደሚያገኙት ይግለጹ። ከፌዴራል ግብር ተመላሽ ተቀናሽ ሊሆን የሚችል ለአንዳንድ ነገሮች ከፍለው ከሆነ ያንን ቢነግሩን የጤና ሽ ፋን ከፍያውን በመጠኑ ዝቅ ሊያደርገው ይችላል።

ማሳሰቢያ:- በግልዎት በሚሰሩት የተጣራ ገቢ (ጥያቄ ቁ 27ለ) ላይ ያካተቱትን ከፍያ እዚህ እንዳያካትቱ።

☐ በፍች ምክንያት የተከፈለ	$	በየስንት ጊዜው? _____	☐ ሌሎች ተቀናሾች/ቅናሾች ዓይነት:- _____	$	በየስንት ጊዜው? _____
☐ የትምህርት ብድር ወለድ	$	በየስንት ጊዜው? _____			

30. **ዓመታዊ ገቢ:- ይህን ክፍል ገቢዎ ከወር ወር የሚለያይ ከሆነ ብቻ ይሙሉ። በወርሃዊ ገቢዎ ላይ ምንም ለውጥ የማይጠብቁ ከሆነ ወደሚቀጥለው ሰው ይሂዱ።**

የዚህ አመት አጠቃላይ ገቢዎ	**የሚቀጥለው** አመት አጠቃላይ ገቢዎ (ይለያል ብለው ካሰቡ)
$	$

እናመሰግናለን!

ስለእርስዎ ልናውቀው የምንፈልገው ይኸው ነው።

በማመልከቻዎ ሂደት ላይ እገዛ ይፈልጋሉ? HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። የማመልከቻውን ቅጅ በእንግሊዝኛ ይፈልጋሉ? እባክዎ **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። ከእንግሊዝኛ ውጭ በሌላ ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ በስልክ ቁጥር **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ እና የሚፈልጉትን ቋንቋ ለደንበኞች አገልግሎት ይንገሩ። ምንም ሳናስከፍልዎት እገዛ እናደርግልዎታለን። የ**TTY** ተጠቃሚዎች በ **1-855-889-4325** ላይ መደወል አለባቸው።

ክፍል 2: ሰው 2

የሚያካትቷቸው ከሁለት ሰዎች በላይ ከሆኑ ክፍል 2፡ 2ኛ ሰውን (ገጽ 4 እና 5) ፎቶኮፒ ያድርጉ እና ይሙሉ።

ክፍል 2ን ለራስዎ፣ ለባለቤትዎ/ጓደኛዎ እና ከእርስዎ ጋር ለሚኖሩ ልጆችዎ እና/ወይም በፌደራል የግብር ተመላሽ ላይ ለተመዘገበ ለማንኛውንም ሰው ይሙሉ። ማነን ማካተት እንዳለብዎት የበለጠ መረጃ ለማግኘት ገጽ 1ን ይመልከቱ። የግብር ተመላሽ ላይ ካላስመዘገቡ፣ ከእርስዎ ጋር የሚኖሩ የቤተሰብ አባላትን መሙላት እንደሚችሉ ያስታውሱ።

1. መጠሪያ ስም | የአባት ስም | የአያት ስም | መጠሪያ ማዕረግ (ቅጥያ)

2. ከእርስዎ ጋር ያላችሁ ዝምድና? *(መመሪያዎችን ይመልከቱ።)*

3. የትውልድ ዘመን (ወር/ቀን/ዓ.ም) ___ / ___ / ___

4. ጾታ ☐ ወንድ ☐ ሴት

5. የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ___ - ___ - ___

ይህን መረጃ የምንፈልገው 2ኛው ሰው የጤና መድን ሽፋን ማግኘት ከፈለገ እና የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) ካለው ነው።

6. 2ኛው ሰው የሚኖርበት አድራሻ ከእርስዎ ጋር ተመሳሳይ ነው? ☐ አዎ ☐ አይ

አይ ከሆነ፣ አድራሻውን እዚህ ይጻፉ:- _____

7. **2ኛው ሰው በሚቀጥለው አመት በፌደራል የገቢ ግብር ተመላሽ ለመመዘገብ አቅዷልን?**
(2ኛው ሰው ለፌደራል የገቢ ግብር ተመላሽ ባይመዘገብም እንኳ ለጤና መድን ሽፋን ማመልከት ይችላሉ።)

☐ **አዎ። አዎ ከሆነ፣** እባክዎ ከሀ - ሐ ያሉ ጥያቄዎችን ይመልሱ።

☐ **የለም። የለምከሆነ፣** ወደ ጥያቄ ሐ ይሂዱ።

ሀ. 2ኛው ሰው የሚመዘገበው ከነባለቤቱ በጋራ ነውን? ☐ አዎ ☐ የለም

አዎ ከሆነ፣ የባለቤት ስም:- _____

ለ. 2ኛው ሰው በግብር ተመላሹ ላይ ጥገኞች አሉኝ ብሎ ያስመዘግባል? ☐ አዎ ☐ የለም

አዎ ከሆነ፣ የጥገኛዎቹን ስም (ስሞች) እዚህ ይጻፉ፡- _____

ሐ. 2ኛው ሰው በሌላ ሰው የግብር ተመላሽ ላይ እንደጥገኛ ሆኖ ይመዘገባል? ☐ አዎ ☐ የለም

አዎ ከሆነ፣ የግብር ተመላሽ አስመዝጋቢውን ስም እዚህ ይጻፉ:- _____

ከግብር ተመላሽ አስመዝጋቢው ምን ዝምድና አለው? _____

8. 2ኛው ሰው እርጉዝ ናቸው? ☐ አዎ ☐ የለም ሀ. **አዎ ከሆነ፣** በዚህ እርግዝና ስንት ልጆች ይጠበቃሉ? ☐

9. **2ኛ ሰው የጤና መድን ሽፋን ይፈልጋልን?**
(2ኛ ሰው የጤና መድን ሽፋን ቢኖረውም እንኳ የተሻለ ሽፋን ወይም ዝቅተኛ ክፍያ ያለው መርሃግብር ሊኖር ይችላል።)

☐ **አዎ።. አዎ ከሆነ፣** ከዚህ በታች ያሉትን ጥያቄዎች በሙሉ ይመልሱ።

☐ **የለም። የለም ከሆነ፣ ገጽ** 3 ላይ ወዳሉት የገቢ ጥያቄዎች ይሂዱ። በዚህ ገጽ ላይ ያሉ ቀሪ ጥያቄዎችን ክፍት ይተዋቸው።

10. 2ኛው ሰው (እንደ መታጠብ፣ መልበስ፣ የየዕለት ሥራዎ፣ ወዘተ) ያሉ እንቅስቃሴዎችዎ ላይ ውስንነትን የሚያስከትሉ የአካል፣ የአዕምሮ፣ ወይም ስሜታዊ የጤና ሁኔታዎች አሉበት? ወይም በጤና እንክብካቤ ተቋም ውስጥ ይኖራል? ☐ አዎ ☐ አይ

11. 2ኛው ሰው የዩኤስ ዜጋ ወይም ተወላጅ ነው? ☐ አዎ ☐ አይ

12. **2ኛው ሰው የዩኤስ ዜጋ ወይም ተወላጅ ካልሆነ፣** ህጋዊ የሆነ የስደተኝነት ሁኔታ አለው? *(መመሪያዎቹን ይመልከቱ።)*

☐ አዎ። የ2ኛውን ሰው የሰነድ ዓይነት እና የመለያ ቁጥር ከዚህ በታች ይሙሉ።

ሀ. የስደተኝነት ሰነድ ዓይነት፡-

ለ. የሰነድ መለያ ቁጥር

ሐ. ከ1996 ጀምሮ 2ኛ ሰው ዩኤስ ውስጥ ኖሯል? ☐ አዎ ☐ አይ

መ. 2ኛው ሰው ወይም የ2ኛው ሰው ባለቤት ወይም ወላጅ አርበኛ ወይም በጦሩ ውስጥ ንቁ አባል ነበሩ? ☐ አዎ ☐ አይ

13. 2ኛው ሰው ከ3 ወራት በፊት ጀምሮ የህክምና ክፍያዎች እገዛ ይፈልጋል? ☐ አዎ ☐ የለም

14. 2ኛው ሰው ቢያንስ አንድ ከ19 አመት በታች የሆነ እና በዋና ኃላፊነት የሚያስተዳድረው ልጅ አለው? ☐ አዎ ☐ የለም

15. 2ኛው ሰው በ18 አመቱ ወይም ከዚያ በኋላ በማደጎ ማእከል ውስጥ ኖሯል? ☐ አዎ ☐ የለም

2ኛው ሰው 22 አመቱ ወይም ከዚያ በታች ከሆነ እባክዎ የሚከተሉትን ጥያቄዎች ይሙሉ፡-

16. 2ኛ ሰው በሥራው አመካኝነት የመድን ሽፋን ኖሮት ባለፉት 3 ወራት ውስጥ ተሰርዞበታል? ☐ አዎ ☐ የለም

ሀ. **አዎ ከሆነ** የተሰረዘበት ቀን:- _____ ለ. የመድን ዋስትናው የተሰረዘበት ምክንያት:- _____

17. 2ኛው ሰው የሙሉ ጊዜ ተማሪ ነው? ☐ አዎ ☐ የለም

18. **ሂስፓኒክ/ላቲኖ ከሆነ፣ ብሔር (አማራጭ — የሚመለከተውን ይምረጡ።)**

☐ ሜክሲኳዊ ☐ ሜክሲኮ አሜሪካዊ ☐ ቸካኖዊ ☐ ፖርቶሪካዊ ☐ ኩባዊ ☐ ሌላ _____

19. **የዘር ግንድ (አማራጭ—የሚመለከተውን ይምረጡ።)**

☐ ነጭ
☐ ጥቁር ወይም አፍሪካ አሜሪካዊ
☐ አሜሪካዊ ህንዳዊ ወይም አላስካ ተወላጅ
☐ እስያ ሕንዳዊ
☐ ቻይናዊ
☐ ፊሊፒኖ
☐ ጃፓናዊ
☐ ኮሪያዊ
☐ ቬትናማዊ
☐ ሌላ እስያዊ
☐ ተወላጅ ሃዋያዊ
☐ ጓማኒያን ወይም ቻሞሮ
☐ ሳሞኣን
☐ ሌላ የፓስፊክ ደሴተኛ
☐ ሌላ _____

አሁን በዚህ ጀርባ ላይ ስለ 2ኛው ሰው ማንኛውም ገቢ ይንገሩን።

በማመልከቻዎ ሂደት ላይ እገዛ ይፈልጋሉ? HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። የማመልከቻውን ቅጅ በእንግሊዝኛ ይፈልጋሉ? እባክዎ **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። ከእንግሊዝኛ ውጭ በሌላ ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ በስልክ ቁጥር **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ እና የሚፈልጉትን ቋንቋ ለደንበኞች አገልግሎት ይንገሩ። ምንም ሳናስከፍልዎት እገዛ እናደርግልዎታለን። የ**TTY** ተጠቃሚዎች በ **1-855-889-4325** ላይ መደወል አለባቸው።

ክፍል 2: ሰው 2

ወቅታዊየሥራ እና የገቢ መረጃ

☐ **ተቀጣሪ/ሠራተኛ**:- 2ኛው ሰው በአሁኑ ወቅት ተቀጣሪ/ሠራተኛ ከሆነ፣ ስለ ገቢው/ዋ ይንገሩን። ከጥያቄ 20 ይጀምሩ።

☐ **ተቀጣሪ/ሠራተኛ**:- ወደ ጥያቄ 30 ይሂዱ።

☐ **በግል የሚሠራ**:- ወደ ጥያቄ 29 ይሂዱ።

የአሁኑ ሥራ 1:

20. የቀጣሪ/አሠሪ ስም፡-

ሀ. የቀጣሪ/አሠሪ አድራሻ፡-

ለ. ከተማ	ሐ. ግዛት	መ. የዚፕ ኮድ	21. የቀጣሪ/አሠሪ ሥልክ ቁጥር
			( ) –

22. ደመወዝ/ኑርሻ (ከግብር በፊት)				21. በእያንዳንዱ ሳምንት የተሠራበት አማካኝ የሰዓት ብዛት
$	☐ በሰዓት	☐ በሳምንት	☐ በየሁለት ሳምንቱ	
	☐ በወር ሁለት ጊዜ	☐ በወር	☐ በአመት	

የአሁኑ ሥራ 2: (2ኛው ተጨማሪ ሥራዎች ካሉት በሌላ ወረቀት ሞልተው ያያይዙ።)

24. የቀጣሪ/አሠሪ ስም

ሀ. የቀጣሪ/አሠሪ አድራሻ፡-

ለ. ከተማ	ሐ. ግዛት	መ. የዚፕ ኮድ	25. የቀጣሪ/አሠሪ ሥልክ ቁጥር
			( ) –

26. ደመወዝ/ኑርሻ (ከግብር በፊት)				27. በእያንዳንዱ ሳምንት የተሠራበት አማካኝ የሰዓት ብዛት
$	☐ በሰዓት	☐ በሳምንት	☐ በየሁለት ሳምንቱ	
	☐ በወር ሁለት ጊዜ	☐ በወር	☐ በአመት	

28. **ባለፈው አመት ውስጥ 2ኛው ሰው ያደረገው:** ☐ ሥራ መለወጥ ☐ ሥራ ማቆም ☐ ጥቂት ሰዓትን መሥራት መጀመር ☐ ከዚህ ውጭ

29. **2ኛው ሰው የግሉን ሥራ የሚሠራ ከሆነ የሚከተሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ፡-**

ሀ. የሥራው ዓይነት:-

ለ. 2ኛው ሰው በወር ምን ያህል የተጣራ ገቢ (የሥራ ማስኬጃ ወጭዎች ከተከፈሉ በኋላ ያለ ትርፍ) ከራሱ ሥራ ያገኛል? *(መመሪያዎችን ይመልከቱ)* $

30. **የዚህ ወር ሌሎች ገቢዎች:-** 2ኛው ሰው የሚመለከተው ላይ ምልክት ያድርጉ እና መጠኑን እና በየስንት ጊዜው እንደሚያገኝ ይጻፉ። ምንም ከሌለ እዚህ ምልክት ያድርጉ። ☐

ማሳሰቢያ:- 2ኛው ሰው ከልጆች ድጋፍ፣ ከአርበኝነት ክፍያ፣ ወይም ከማኅበራዊ ደህንት ገቢ ስለሚያገኘው መጠን ሊነግሩን አያስፈልግዎትም።

☐ ከሥራ አጥነት	$	በየስንት ጊዜው? _____	☐ ከፍች ያገኙት	$	በየስንት ጊዜው? _____
☐ ከጡረታ	$	በየስንት ጊዜው? _____	☐ ከአርሻ/ዓሳ ማስገር የተጣራ	$	በየስንት ጊዜው? _____
☐ ከማኅበራዊ ደህንነት	$	በየስንት ጊዜው? _____	☐ ከኪራይ/ሮያሊቲ የተጣራ	$	በየስንት ጊዜው? _____
☐ ከጡረታ ሂሳቦች	$	በየስንት ጊዜው? _____	☐ ከሌላ ገቢ የገቢው ዓይነት:- _____	$	በየስንት ጊዜው? _____

31. **ተቀናሾች:-** 2ኛው ሰው የሚመለከተው ላይ ምልክት ያድርጉ እና መጠኑን እና በየስንት ጊዜው እንደሚያገኘው ያመልክቱ። 2ኛው ሰው የሚከፍላቸው ነገር ግን ከፌደራል ገቢ ግብር ተመላሽ ተቀናሽ የሚሆኑ አንዳንድ ክፍያዎች ካሉት ስለእነሱ ቢነግሩን የጤና መድን ሽፋን ዋጋ ትንሽ ዝቅ ሊያደርጉት ይችላሉ።

ማሳሰቢያ:- በግል ስራው (ጥያቄ ቁጥር 29ለ) ላይ ያካተቱትን ወጭ/ክፍያ እዚህ ማካተት አይኖርብዎትም።

☐ ለፍች የተከፈለ	$	በየስንት ጊዜው? _____	☐ ሌላ የተቀናሾች ዓይነት: _____	$	በየስንት ጊዜው? _____
☐ የትምህርት ብድር ወለድ	$	በየስንት ጊዜው? _____			

32. **አመታዊ ገቢ:- የ2ኛው ሰው ገቢ ከወር ወር የሚለያይ ከሆነ ብቻ ይሙሉ። በ2ኛው ሰው ወርሃዊ ገቢ ላይ ለውጦችን የማይጠብቁ ከሆነ ወደሚቀጥለው ሰው ይሂዱ።**

የ2ኛው ሰው **የዚህ አመት** አጠቃላይ ገቢ	የ2ኛው ሰው **የሚቀጥለው አመት** አጠቃላይ ገቢ (ይለያል ብለው ካሰቡ)
$	$

እናመሰግናለን!

ስለ2ኛው ሰው ልናውቀው የምንፈልገው ይኸው ነው።

በማመልከቻዎ ሂደት ላይ እገዛ ይፈልጋሉ? HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። የማመልከቻውን ቅጅ በእንግሊዝኛ ይፈልጋሉ? እባክዎ **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። ከእንግሊዝኛ ውጭ በሌላ ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ በስልክ ቁጥር **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ እና የሚፈልጉትን ቋንቋ ለደንበኞች አገልግሎት ይንገሩ። ምንም ሳናስከፍልዎት እገዛ እናደርግልዎታለን። የ**TTY** ተጠቃሚዎች በ **1-855-889-4325** ላይ መደወል አለባቸው።

ክፍል 3 የአሜሪካዊ ሕንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ (AI/AN) ቤተሰብ አባል(ላት)

1. **እርስዎ ወይም ከቤተሰብዎ አንዱ ሰው አሜሪካዊ ሕንዳዊ /American Indian/ ወይም የአላስካ ተወላጅ /Alaska Native/ ነዎት?**

☐ የለም፣ **የለም ከሆነ** ወደ ክፍል አራት ይለፉ።

☐ አዎ። **አዎ ከሆነ፣** ወደ አባሪ ለ ይሂዱ።

ክፍል 4 የቤተሰብዎ የጤና ሽፋን

እነዚህን ጥያቄዎች የጤና መድን ሽፋን ለሚፈልግ ለማንኛውም ሰው ይመልሱ።

1. **ከሚከተሉት በአንዱ የጤና መድን ሽፋን አሁን ተመዝግቦ ያለ አለ?**

☐ አዎ። **አዎ ከሆነ፣** የሽፋኑን አይነት ያረጋግጡ እና የሰውዬውን (የሰዎቹን) ስም (ስሞች) በሽፋኑ ዓይነት ፊትለፊት ይፃፉ። ☐ የለም።

☐ ሜዲኬኤድ /Medicaid/ _____

☐ ሲኤችአይፒ /CHIP/ _____

☐ ሜዲኬር /Medicare/ _____

☐ ትሪኬር /TRICARE/ (ዳይሬክት ኬር /Direct Care/ ወይም ላይን ኦፍ ዲዩቲ /Line of Duty/ ካለዎት ምልክት አያድርጉ)

_____

☐ VA የጤና ጥበቃ ፕሮግራም _____

☐ ፒስ ኮርፕስ /Peace Corps/ _____

☐ የቀጣሪ/አሠሪ መድን: _____

የጤና መድን ሽፋኑ ስም: _____

የፖሊሲ ቁጥር: _____

ይህ ኮብራ /COBRA/ ሽፋን ነው? ☐ አዎ ☐ የለም

ይህ የጡረተኛ ጤና ሽፋን ዕቅድ ነው? ☐ አዎ ☐ የለም

☐ ሌላ

የጤና መድን ስም: _____

የፖሊሲ ቁጥር: _____

ይህ የውስን (እንደ ት/ቤት አደጋ ፖሊሲ ዓይነት) ጥቅማጥቅም ዕቅድ ነው?

☐ አዎ ☐ አይ

2. **በዚህ ማመልከቻ ላይ ከተዘረዘሩት ውስጥ የሥራ ላይ መድን ያለው አለ?**

ሽፋኑ እንደ ወላጅ ወይም ባለቤት ካለ ሌላ ሰው ሥራ የተገኘ ቢሆንም እንኳ አዎ ብለው ይመልሱ።

☐ አዎ። **አዎ ከሆነ** አባሪ "ሀ"ን መሙላት እና ማያያዝ ያስፈልግዎታል። ይህ የመንግስት ሠራተኛ ጥቅማጥቅም ዕቅድ አካል ነው? ☐ አዎ ☐ አይ

☐ አይ። **አይ ከሆነ ወደ ክፍል 5 ይቀጥሉ።**

ክፍል 5 ይህን ማመልከቻ ያንብቡ እና ይፈርሙ

- ይህን ማመልከቻ በእምነት-ክህደት ህጉ /penalty of perjury/ መሠረት ፈርሜያለሁ። ማለትም በዚህ ማመልከቻ ላይ ላሉ ጥያቄዎች በሙሉ እስከማውቀው ድረስ ትክክለኛ ምላሽ ሰጥቻለሁ። ሆን ብዬ (እያወቅኩ) ሐሰተኛ ወይም ትክክል ያልሆነ ምላሽ የሰጠሁ ከሆነ በፌደራሉ ሕግ መሰረት የምዳኝ/የምቀጣ መሆኔን አውቃለሁ።
- በዚህ ማመልከቻ ከሰጠሁት የተለየ ወይም ማንኛውም ለውጥ ከተከሰተ ለጤና መድን ድርጅቱ ማሳወቅ እንዳለብኝ አውቃለሁ። ማንኛውንም ለውጦች ሪፖርት ለማድረግ **HealthCare.gov** ን መጎብኘት ወይም **1-800-318-2596** ላይ መደወል እንዳለብኝ አውቃለሁ። በኔ መረጃዎች ላይ የሚከሰት ለውጥ በቤተሰቤ አባላት ለመድን ሽፋን የሚኖራቸው ብቁነት ላይ ተጽዕኖ እንደሚያደርግ እረዳለሁ።
- በፌደራል ሕግ መሠረት በዘር፣ በቀለም፣ በብሔር፣ በፆታ፣ በዕድሜ፣ በጾታ ምርጫ፣ በፆታ ማንነት /gender identity/ ወይም በአካል ጉዳተኝነት ምክንያት መድሎ እና ማግለል የተፈቀደ አለመሆኑን አውቃለሁ። የመድሎ እና መገለል ቅሬታዬን **www.hhs.gov/ocr/office/file** ን በመጎብኘት ማቅረብ እንደምችል ተረድቻለሁ።
- በዚህ ቅጽ ላይ የሰፈረው መረጃዬ ለጤና መድን ሽፋን ብቁነቴን ለመወሰን እንደሚውል እና በሕግ እንደተቀመጠው በሚስጥር እንደሚያዝ አውቃለሁ።
- በዚህ ማመልከቻ ውስጥ ለጤና መድን ሽፋን እያመለከተ ያለ ማንም ሰው ታስሮ (ታግቶ ወይም እስር ቤት ገብቶ) እንደማያውቅ አረጋግጣለሁ፡፡ ካልሆነ፣ _____ ታስሮ ያውቃል።
(የግለሰቡ ስም)

ይህን መረጃ የምንፈልገው ማመልከት ከመረጡ ለጤና መድን ሽፋን ክፍያ እገዛ ብቁነትዎን ለማረጋገጥ ነው። በኤሌክትሮኒክ የመረጃ ቋቶቻችን እና ከሀገር ውስጥ ገቢ አገልግሎት (IRS)፣ ማኅበራዊ ዋስትና፣ የአገር ውስጥ ጸጥታ ዲፓርትመንት፣ እና/ወይም ከሸማቾች ሪፖርት ኤጀንሲ መረጃ ቋቶችን በመጠቀም የሰጧቸውን ምላሾች እንፈትሻለን/እናረጋግጣለን። መረጃዎ ተመሳሳይ ካልሆነ ወይም ካልተጣጣመ፣ ማረጋገጫ እንዲልኩልን እንጠይቅዎታለን።

ክፍል 5 (የቀጠለ)

በመጭ አመታት የመድን ሽፋን ዕድሳት

በመጭ አመታት የጤና መድን ሽፋን ብቁነቴን ለመወሰን ቀላል ይሆን ዘንድ፣ የጤና መድን ድርጅቱ /the Marketplace/ የገቢ መረጃዎቼን፣ ከግብር ተመላሽ መረጃዎችን ጨምሮ፣ እንዲጠቀሙበት ለመፍቀድ ተስማምቻለሁ። የመድን ድርጅቱ /the Marketplace/ ማስታወቂያ ልኮልኝ ማንኛውንም ለውጦች እንዳደርግ ይፈቅድልኛል፣ እንዲሁም በማንኛውም ሰዓት ለመውጣት እችላለሁ።

አዎ፣ ብቁነቴን/ተገቢነቴን ለሚቀጥለው በቀጥታ (አውቶማቲካሊ) ያድሱልኝ።

☐ 5 አመት (የሚፈቀደው ከፍተኛ የአመታት ብዛት)፣ ወይም ጥቂት አመታት፡-

☐ 4 አመት ☐ 3 አመት ☐ 2 አመት ☐ 1 አመት ☐ የመድን ሽፋኔን ለማደስ ከግብር ተመላሾች መረጃን አይጠቀሙ።

ሁሉም በዚህ ማመልከቻ ላይ የሰፈረው ሰው ለሜዲኬይድ /Medicaid/ ብቁ ከሆነ

- የሜዲኬይድ /Medicaid/ ኤጀንሲ የእኛን መብቶች ተጠቅሞ ከሌሎች የጤና መድን ድርጅቶች፣ የሕግ ክርክሮች፣ ወይም ሦስተኛ ወገኖች ገንዘብ እንዲያገኝ ፈቅጃለሁ። እንዲሁም የሜዲኬይድ /Medicaid/ ኤጀንሲ ከባለቤቴ ወይም ከወላጅ የህክምና ድጋፍ እንዲያገኝ መብት ሰጥቻዋለሁ።
- በዚህ ማመልከቻ ላይ የተጠቀሰ ልጅ ካለበት ቤት ውጭ የሚኖር ወላጅ ያለው አለ? ☐ አዎ ☐ የለም
- አዎ ከሆነ፣ በቦታው ከሌለ ወላጅ የህክምና ድጋፍ እንዲሰበሰብ ከኤጀንሲው ጋር እንድተባበር እንደምጠየቅ አውቃለሁ። መተባበሩ እኔንም ሆነ ልጆቼን የሚጎዳ መስሎ ከታዬኝ ለሜዲካኤድ እነግር እና መተባበሬን አቆማለሁ።

የብቁነቴ ውጤቶች ስህተት ናቸው ብዬ ካሰብኩ ምን ማድረግ አለብኝ?

ብቁ በተደረጉበት/በተመረጡበት ሁኔታ ካልተስማሙ፣ ብዙውን ጊዜ አቤቱታ ማቅረብ ይችላሉ። የእያንዳንዱን የቤተሰብዎ አባልን በተመለከተ እና በስንት ቀን ውስጥ አቤቱታ ማቅረብ እንዳለብዎ ጨምሮ ስለ አቤቱታ ዝርዝር መመሪያዎች ለማግኘት የብቁነት ማስታወቂያ ይከልሱ እባክዎ። አቤቱታን ሲያስቡ የሚከተሉት ጠቃሚ ነጥቦች ናቸው፡-

- ከፈለጉ ሌላ ሰው አቤቱታ እንዲያቀርብልዎት ወይም እንዲሳተፍ ማድረግ ይችላሉ። ያም ሰው ጓደኛዎ፣ ዘመድ፣ ጠበቃ፣ ወይም ሌላ ግለሰብ ሊሆን ይችላል። ወይም አቤቱታውን በራስዎ ማቅረብ እና ማካሄድ ይችላሉ።
- አቤቱታ ከጠየቁ፣ አቤቱታዎት ተንጠልጥሎ እንዳለ ለመድን ሽፋኑ ብቁነትዎን እንደያዙ መቆየት ይችላሉ።
- የአቤቱታው ውጤት የቤተሰብዎ አባላትን የብቁነት ሁኔታ ሊቀይር ይችላል።

ስለመድን ድርጅቶች /Marketplace/ ያለዎትን ብቁነት ውጤቶች አቤቱታ ማስገባት ከፈለጉ፣ በ **HealthCare.gov/marketplace** ላይ ወደ መድን ድርጅቱ መለያዎ ይግቡ ወይም **1-800-318-2596**. ላይ ይደውሉ፤ የTTY ተጠቃሚዎች **1-855-889-4325**. ላይ መደወል አለባቸው። የአቤቱታ ቅጹን ሞልተው በፖስታ መላክ ይችላሉ፣ ወይም የራስዎን የአቤቱታ መጠየቂያ ማመልከቻዎን **ለጤና መድን ገቢያ መድረክ /Marketplace/**, የጤና እና የሰው ሀብት አገልግሎቶች፣ 465 Industrial Blvd., London, KY 40750 ብለው ይላኩ። በድርጅቱ፣ በመመዝገቢያ ወቅት፣ በግብር ብድሮች /tax credits/፣ በወጭ-መጋራት ቅናሾች፣ ሜዲካኤድ /Medicaid/ እና ሲኤችአይፒ /CHIP/ አማካኝነት ለጤና መድን ሽፋን ብቁነት ለመዝገት፣ አይችሉም ተብለው ከሆነ፣ የአቤቱታ ጥያቄ ማቅረብ ይችላሉ። ለግብር ብድሮች /tax credits/ ወይም ወጭ-መጋራት ቅናሾች፣ ብቁ ነዎት ብለን በወሰንልዎት መጠን ላይ አቤት ማለት ይችላሉ። እንደሁኔታዎ፣ በገበያው መድረክ በኩል ወይም በግዛቱ ሜዲኬይድ /Medicaid/ ወይም ሲኤችአይፒ /CHIP/ አጀንሲ በኩል አቤቱታ ማቅረብ ይችላሉ።

ይህን ማመልከቻ ይፈርሙ። ክፍል 1 የሞላው ሰው ይህን ማመልከቻ መፈረም አለበት። ፈቃድ/ውክልና የተሰጠዎት ወኪል ከሆኑ፣ በአባሪ ሐ ውስጥ የተጠየቀውን መረጃ እስካቀረቡ ድረስ መፈረም ይችላሉ።

ፊርማ	ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም)
	/ /

ክፍል 6 የተጠናቀቀውን ማመልከቻ በፖስታ ይላኩ

የፈረሙበትን ማመልከቻ በሚከተለው አድራሻ ይላኩ:-

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

ለመምረጥ መመዝገብ ከፈለጉ፣ የመራጭ ምዝገባ ቅጽን በ usa.gov ላይ መሙላት ይችላሉ።

PRA ይፋ የማድረግ መግለጫ
በ1995ቱ የወረቀት ላይ ሥራ ቅነሳ ሕግ /PRA/ መሠረት ትክክለኛ የOMB ቁጥጥር ቁጥር ካላሳዩ በስተቀር ሰዎች ለመረጃ ስብስብ ምላሽ እንዲሰጡ አይጠበቅም። ለዚህ መረጃ ማሰባሰብ ትክክለኛ የ OMB ቁጥር 0938-1191 ነው። ይህን መረጃ መሰብሰብ ለማጠናቀቅ የሚፈለገው የጊዜ ግምት በአማካኝ 45 ደቂቃ ለእያንዳንዱ ምላሽ ሲሆን ይህም መመሪያዎችን ለማንበብ፣ ያለውን የመረጃ (ዳታ) ሀብት ለመፈለግ፣ የሚፈለገውን መረጃ (ዳታ) ለመሰብሰብ እና ለማጠናቀቅ እዲሁም የተሰበሰበውን መረጃ ለመገምገም የሚያስፈልገውን ጊዜ አካቶ ነው። የግምቱን (ቶቹን) ትክክለኛነት በተመለከተ አስተያዬት ለመስጠት ወይም ይህን ቅጽ ለማሻሻል ምክር ካለዎት፣ እባክዎ ይድረስ ለ PRA Reports Clearance Officer በማለት ለ፡- CMS, 7500 Security Boulevard, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850።

ይህን አይመሉ:: ይህ ማመልከቻ አይደለም::

አባሪ ሀ

የተረጋገጠ ቅጽ
OMB ቁ. 0938-1191

ከሥራ የሚገኝ የጤና መድን ሽፋን

ከቤተሰብዎ አንዱ ከሥራ የጤና መድን ሽፋን የሚያገኝ ካልሆነ እነዚህን ጥያቄዎች መመለስ **አያስፈልግዎትም**። የመድን ሽፋን ለሚሰጠው ለእያንዳንዱ ሥራ የዚህን ገጽ ቅጅ እንደ አባሪ ያያይዙ።

የመድን ሽፋን ስለሚሰጠው ሥራ ይንገሩን።

እነዚህን ጥያቄዎች ለመመለስ እንዲያግዝዎ በሚቀጥለው ገጽ ላይ የሚገኘውን የቀጣሪውን የሽፋን መሳሪያ ለቀጣሪው/ለአሰሪው ይውሰዱለት። ማመልከቻዎን በሚልኩበት ጊዜ ማካተት የሚያስፈልግዎ ይህን ገጽ ብቻ ነው፣ የቀጣሪውን የሽፋን መሳሪያ አይደለም።

የተቀጣሪ/ሠራተኛ መረጃ

1. የተቀጣሪ/ሠራተኛ ስም (የመጠሪያ፣ የአባት፣ የአያት)	2. የተቀጣሪ/ሠራተኛ ማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር
	- -

የቀጣሪ/አሠሪ መረጃ

3. የቀጣሪ/አሠሪ ስም	4. የቀጣሪ/አሠሪ መለያ ቁጥር (EIN)
	-
5. የቀጣሪ/አሠሪ አድራሻ	6. የቀጣሪ/አሠሪ ሥልክ ቁጥር
	( ) –
7. ከተማ	8. ግዛት / 9. የዚፕ ኮድ /ZIP code/

10. በዚህ ሥራ ላይ ስለ ሠራተኛ የጤና መድን ሽፋን ጉዳይ ማንን ማነጋገር እንችላለን?

11. የሥልክ ቁጥር (ከላይ ካለው የተለዩ ከሆነ)	12. የኢሜል አድራሻ
( ) –	

13. **በዚህ ቀጣሪ/አሠሪ ለተሰጠው ሽፋን አሁን ብቁ ነዎ ወይስ በሚቀጥሉት 3 ወራት ውስጥ ብቁ ይሆናሉ?**

☐ **አዎ** (ይቀጥሉ)

13ሀ. **በተጠባባቂነት ወይም በመካራ ጊዜ ላይ ከሆኑ ለሽፋን መቼ ይመዘገባሉ?** (ወር/ቀን/ዓ.ም)

/ /

ከዚህ ሥራ የመድን ሽፋን ያለው የሌላ የማንኛውም ሰው ስም ይዘርዝሩ።

ስም:- ስም:- ስም:-

☐ **የለም** (እዚህ ያቁሙ እና ወደ ማመልከቻው ክፍል 5 ይሂዱ)

በዚህ ቀጣሪ/አሠሪ ስለተሰጠው የጤና መድን ዕቅድ ይንገሩን።

14. ቀጣሪው/አሠሪው አነስተኛውን የእሴት ደረጃ የሚያሟላ የጤና ሽፋን ዕቅድ ይሰጣል*? ☐ አዎ ☐ የለም

15. አነስተኛውን የእሴት ደረጃ ለሚያሟላ ለዝቅተኛ ወጭ ሽፋን ለቀጣሪው/ሠራተኛው ብቻ የሚሰጥ (የቤተሰብ ዕቅዶችን አያሟሉ):-
ቀጣሪው የደህንነት ፕሮግራሞች ካሉት፣ ለማንኛውም የቶባኮ ማቆም ፕሮግራሞች ከፍተኛውን ቅናሽ አግኝቶ ከሆነ እና ሌላ በደህንነት ፕሮግራም ላይ የተመሠረተ ቅናሽ ካላገኘ ሠራተኛው የሚከፍለውን መዋጮ /premiums/ ይስጡ።

ሀ. ለዚህ ሽፋን ሠራተኛው ምንያህል መዋጮ /premiums/ መክፈል አለበት? $

ለ. በየስንት ጊዜው? ☐ በየሳምንቱ ☐ በየ 2 ሳምንቱ ☐ በወር ሁለት ጊዜ ☐ በወር አንድ ጊዜ ☐ በየሩብ አመቱ ☐ በየአመቱ

16. ቀጣሪው/አሠሪው ለአዲሱ የአመት ዕቅድ ምን ለውጥ ያደርጋል (ከታወቀ)?

☐ ቀጣሪው/አሠሪው የጤና መድን ሽፋን አይሰጥም

☐ ቀጣሪው/አሠሪው ለሠራተኞቹ የጤና ሽፋን መስጠት ይጀምራል ወይም አነስተኛውን የእሴት ደረጃ ለሚያሟላ ሠራተኛ ብቻ መዋጮውን /premium/ ወደ ዝቅተኛ ወጭ ሽፋን ይለውጣል።* (መዋጮ /premium/ የደህንነት ፕሮግራሞች የተደረገውን ቅናሽ ማንፀባረቅ አለበት። ጥያቄ ቁጥር 15 ይመልከቱ።)

ሀ. ለዕቅዱ ሠራተኛው ምን ያህል መዋጮ ይከፍላል? $

ለ. በየስንት ጊዜው? ☐ በየሳምንቱ ☐ በየ 2 ሳምንቱ ☐ በወር ሁለት ጊዜ ☐ በወር አንድ ጊዜ ☐ በየሩብ አመቱ ☐ በየአመቱ

ለውጥ የተደረገበት ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም):- / /

*በእቅዱ የሚሸፈነው የእቅዱ አጠቃላይ የተፈቀደው ጥቅም ከፍያዎች ድርሻ የሀገር ውስጥ ገቢ የ1986 ኮድ (ክፍል 36B(c)(2)(C)(ii)) ያሉ ወጭዎች ከ60 በመቶው ያላነሰ ከሆነ በቀጣሪ/አሠሪ የተሸፈነ (ስፖንሰር የተደረገ) የጤና ዕቅድ "አነስተኛውን የእሴት ደረጃ" ያሟላል።

በማመልከቻዎ ሂደት ላይ እገዛ ይፈልጋሉ? HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። የማመልከቻውን ቅጅ በእንግሊዝኛ ይፈልጋሉ? አባከዎ **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። ከእንግሊዝኛ ውጭ በሌላ ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ በስልክ ቁጥር **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ እና የሚፈልጉትን ቋንቋ ለደንበኞች አገልግሎት ይንገሩ። ምንም ሳናስከፍልዎት እገዛ እናደርግልዎታለን። የ**TTY** ተጠቃሚዎች በ **1-855-889-4325** ላይ መደወል አለባቸው።

ይህን አይሙሉ፡፡ ይህ ማመልከቻ አይደለም፡፡

Health Insurance Marketplace
የተረጋገጠ ቅጽ
OMB ቁ. 0938-1191

የአሠሪ (ቀጣሪ) ሽፋን መሳሪያ

ይህን መሳሪያ፣ አባሪ "ሀ"ን፣ የገቢያ መድረክ ማመልከቻዎ ውስጥ ያሉ ጥያቄዎችን ለመመለስ እንዲያግዝዎ ይጠቀሙበት። የማመልከቻው የተወሰነው ክፍል ብቁ ስለ ሆኑበት ማንኛውም የቀጣሪ/አሠሪ የጤና መድን ሽፋን (እንደ ወላጅ ወይም ባለቤት ያለ ከሌላ ሰው ሥራ ቢሆንም) ይጠይቃል። ከዚህ በታች ተራ ቁጥር ተሰጥቷቸው ያሉ ሳጥኖች በአባሪ "ሀ" ውስጥ ካሉት ሳጥኖች ጋር ተዛማጅ/ተጣማጅ ናቸው። ለምሳሌ፣ በዚህ ገጽ ላይ የጥያቄ ተራ ቁጥር 14 ምላሽን በአባሪ "ሀ" ላይ ጥያቄ 14ን ለመመለስ መጠቀም ይችላሉ።

ስምዎን እና የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥርዎን በሳጥኖች 1 እና 2 ውስጥ ይጻፉ እና ቀሪዎቹን ቀጣሪ/አሠሪዎ እንዲሞሉልዎት ይጠይቁ። አንድ መሳሪያ ለእያንዳንዱ ብቁ የሆኑለት የጤና መድን ሽፋን የሚሰጥ ቀጣሪ/አሠሪ እንዲሞሉ ያድርጉ።

የሠራተኛ (የተቀጣሪ) መረጃ

ተቀጣሪው/አሠሪው ይህን ክፍል መሙላት ያስፈልግዋል።

1. ተቀጣሪው/አሠሪው ስም (መጠሪያ ስም፣ የአባት ስም፣ የአያት ስም)	2. የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር
	- -

የአሠሪ (የቀጣሪ) መረጃ

ቀጣሪ/አሠሪውን ይህን መረጃ ይጠይቁ።

3. የቀጣሪ/አሠሪ ስም	4. የቀጣሪ/አሠሪ መለያ ቁጥር (EIN)
	-
5. የቀጣሪ/አሠሪ አድራሻ (የገበያ መድረኩ /Marketplace/ ማስታወቂያዎችን ወደዚህ አድራሻ ይልካል)	6. የቀጣሪ/አሠሪ ሥልክ ቁጥር
	( ) –

7. ከተማ	8. ግዛት	9. የዚፕ ኮድ /ZIP code/

10. በዚህ ሥራ ላይ ስለ ሠራተኛ የጤና መድን ሽፋን ጉዳይ ማን ማነጋገር እንችላለን?

11. የሥልክ ቁጥር (ከላይ ካለው የተለዩ ከሆነ)	12. የኢሜል አድራሻ
( ) –	

13. **ተቀጣሪው/ሠራተኛው በዚህ ቀጣሪ/አሠሪ ለተሰጠው ሽፋን አሁን ብቁ ናቸው ወይስ በሚቀጥሉት 3 ወራት ውስጥ ብቁ ይሆናሉ?**

☐ **አዎ** (ወደ ጥያቄ 13ሀ ይሂዱ)

13ሀ. ተቀጣሪው/ሠራተኛው ዛሬ ብቁ ካልሆነ፣ በተጠባባቂነት ወይም በሙከራ ጊዜ መሆን ምክንያት ብቁ ያልሆኑትን ጨምሮ፣ መቼ ብቁ ይሆናሉ? _____ (ወር/ቀን/ዓ.ም) (ወደሚቀጥለው ጥያቄ ይሂዱ)

☐ **አይ** (ያቁሙ እና ይህን ቅጽ ለተቀጣሪው/ሠራተኛው ይመልሱ)

በዚህ ቀጣሪ/አሠሪ ስለሚሰጠው **የጤና (መድን)** አቅድ ይንገሩን።

ቀጣሪው/አሠሪው የሠራተኛውን ባለቤት ወይም ጥገኞችን የሚያካትት የጤና (መድን) ዕቅድ ይሰጣል።

☐ አዎ፣ ለየትኞቹ ሰዎች? ☐ ባለቤት ☐ ጥገኛ(ኞች)

☐ የለም

(ወደ ጥያቄ 14 ይሂዱ)

14. ቀጣሪው/አሠሪው አነስተኛውን የእሴት ደረጃን የሚያሟላ የጤና መድን ዕቅድ ይሰጣል*?

☐ አዎ (ወደ ጥያቄ 15 ይሂዱ) ☐ የለም (ያቁሙ እና ይህን ቅጽ ለሠራተኛው ይመልሱ)

15. አነስተኛውን የእሴት ደረጃ ለሚያሟላ ለዝቅተኛ ወጭ ሽፋን ለተቀጣሪው/ሠራተኛው ብቻ የሚሰጥ (የቤተሰብ ዕቅዶችን አያሟሉ)፡-ቀጣሪው የደህንነት ፕሮግራሞች ካሉት፣ ለማንኛውም የጾባኮ ማቆም ፕሮግራሞች ከፍተኛውን ቅናሽ አግኝቶ ከሆነ እና ሌላ በደህንነት ፕሮግራም ላይ የተመሠረተ ቅናሽ ካላገኘ ሠራተኛው የሚከፍለውን መዋጮ /premiums/ ይስጡ።

ሀ. ለዚህ ሽፋን ሠራተኛው ምንያህል መዋጮ /premiums/ መክፈል አለበት? $

ለ. በየስንት ጊዜው? ☐ በየሳምንቱ ☐ በየ 2 ሳምንቱ ☐ በወር ሁለት ጊዜ ☐ በወር አንድ ጊዜ ☐ በየሩብ አመቱ ☐ በየአመቱ (ወደሚቀጥለው ጥያቄ ይሂዱ)

ዕቅዱ አመት በቅርብ የሚያበቃ ከሆነ እና የተሰጠው የጤና መድን ዕቅዶች የሚለወጡ መሆናቸውን ካወቁ ወደ ጥያቄ ቁጥር 16 ይሂዱ። ካላወቁ ያቁሙ እና ይህን ቅጽ ለሠራተኛው ይመልሱ።

16. ቀጣሪው/አሠሪው ለአዲሱ የዕቅድ አመት ምን ለውጥ ያደርጋል?

☐ ቀጣሪው/አሠሪው የጤና መድን ሽፋን አይሰጥም

☐ ቀጣሪው/አሠሪው ለሠራተኞቹ የጤና ሽፋን መስጠት ይጀምራል ወይም አነስተኛውን የእሴት ደረጃ ለሚያሟላ ሠራተኛ ብቻ መዋጮውን /premium/ ወደ ዝቅተኛ ወጭ ሽፋን ይለውጣል።* (መዋጮ /premium/ የደህንነት ፕሮግራሞች የተደረገውን ቅናሽ ማንፀባረቅ አለበት። ጥያቄ ቁጥር 15 ይመልከቱ።)

ሀ. ለዕቅዱ ሠራተኛው ምን ያህል መዋጮ ይከፍላል? $

ለ. በየስንት ጊዜው? ☐ በየሳምንቱ ☐ በየ 2 ሳምንቱ ☐ በወር ሁለት ጊዜ ☐ በወር አንድ ጊዜ ☐ በየሩብ አመቱ ☐ በየአመቱ

ለውጥ የተደረገበት ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም)፡- / /

*በአቅዱ የሚሸፈነው የአቅዱ አጠቃላይ የተፈቀደው ጥቅም ክፍያዎች ድርሻ የሀገር ውስጥ ገቢ የ1986 ኮድ (ክፍል 36B(c)(2)(C)(ii)) ያሉ ወጭዎች ከ60 በመቶው ያላነሰ ከሆነ በቀጣሪ/አሠሪ የተሸፈነ (ስፖንሰር የተደረገ) የጤና ዕቅድ "አነስተኛውን የእሴት ደረጃ" ያሟላል።

በማመልከቻዎ ሂደት ላይ እገዛ ይፈልጋሉ? HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። የማመልከቻውን ቅጅ በእንግሊዝኛ ይፈልጋሉ? አባከዎ **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። ከእንግሊዝኛ ውጭ በሌላ ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ በስልክ ቁጥር **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ እና የሚፈልጉትን ቋንቋ ለደንበኞች አገልግሎት ይንገሩ። ምንም ሳናስከፍልዎት እገዛ እናደርግልዎታለን። የ**TTY** ተጠቃሚዎች በ **1-855-889-4325** ላይ መደወል አለባቸው።

ይህን አይሙሉ:: ይህ ማመልከቻ አይደለም::

አባሪ ለ

የተረጋገጠ ቅጽ
OMB ቁ. 0938-1191

አሜሪካዊ ሕንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ የቤተሰብ አባል (AI/AN)

እርስዎ ወይም አንድ የቤተሰብ አባል አሜሪካዊ ሕንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ ከሆነ ይህን አባሪ ይሙሉ እና ከጤና መድን ሽፋን እና የክፍያዎች እገዛ ማመልከቻዎ ጋር አያይዘው ያስገቡ።

ስለ አሜሪካዊ ሕንዳዊ ወይም የአላስካ ተወላጅ የቤተሰብዎ አባል (ላት) ይንገሩን።

አሜሪካዊ ሕንዳዊያን እና የአላስካ ተወላጆች ከሕንዳዊያን የጤና አገልግሎት ድርጅቶች፣ የጎሳ የጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም ከከተማ የሕንዳዊያን የጤና ፕሮግራሞች አገልግሎቶችን ማግኘት ይችላሉ። የወጭ መጋራትም መክፈል ላይኖርባቸው ይችላል፤ እንዲሁም ልዩ ወርሃዊ የመመዝገቢያ ወቅቶችንም ሊያገኙ ይችላሉ። ቤተሰቦችዎ የተቻለውን ያህል ምርጥ እገዛ ማግኘታቸውን ያረጋግጡ ዘንድ የሚከተሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ።

ማሳሰቢያ:- የሚያካትቷቸው ተጨማሪ ሰዎች ካሉዎት ይህን ገጽ ፎቶኮፒ አድርገው በመሙላት ያያይዙ።

	አሕ/ተአ (AI/AN) 1ኛ ሰው	አሕ/አተ (AI/AN) 2ኛ ሰው
1. ስም (መጠሪያ ስም፣ የአባት ስም፣ የአያት ስም)	መጠሪያ የአባት የአያት	መጠሪያ የአባት የአያት
2. በፌደራል ደረጃ የታወቀ የጎሳ አባል ነዎ?	☐ አዎ **አዎ ከሆነ** የጎሳ ስም _____ ☐ የለም	☐ አዎ **አዎ ከሆነ** የጎሳ ስም _____ ☐ የለም
3. ይህ ሰው ከሕንዳዊያን የጤና አገልግሎት ድርጅቶች፣ የጎሳ የጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም ከከተማ የሕንዳዊያን የጤና ፕሮግራሞች ወይም በሪፈራል ከእነዚህ ፕሮግራሞች በአንዱ አገልግሎት አግኝቶ ያውቃል?	☐ አዎ ☐ የለም **የለም ከሆነ፣** ይህ ሰው ከሕንዳዊያን የጤና አገልግሎት ድርጅቶች፣ የጎሳ የጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም ከከተማ የሕንዳዊያን የጤና ፕሮግራሞች ወይም በሪፈራል ከእነዚህ ፕሮግራሞች በአንዱ አገልግሎት ለማግኘት ብቁ ነው? ☐ አዎ ☐ የለም	☐ አዎ ☐ የለም **የለም ከሆነ፣** ይህ ሰው ከሕንዳዊያን የጤና አገልግሎት ድርጅቶች፣ የጎሳ የጤና ፕሮግራሞች፣ ወይም ከከተማ የሕንዳዊያን የጤና ፕሮግራሞች ወይም በሪፈራል ከእነዚህ ፕሮግራሞች በአንዱ አገልግሎት ለማግኘት ብቁ ነው? ☐ አዎ ☐ የለም
4. አንዳንድ ገቢ የተደረጉ ገንዘቦች ለሜዲኬይድ /Medicaid/ ወይም ለሕፃናት ጤና መድን ፕሮግራም /CHIP/ ላይቆጠሩላቸው ይችላሉ። ከሚከተሉት ምንጮች የተገኙትን ጨምሮ በማመልከቻዎ ላይ ሪፖርት የተደረገ ማንኛውንም ገቢ (መጠኑን እና በየስንት ጊዜው እንደሚገኝ) ይዘርዝሩ፡- • ከተፈጥሮ ሀብት፣ ከመጠቀም መብቶች፣ ከሊዞች፣ ወይም ከሮያሊቲዎች የተገኙ የጎሳ የነፍስ ወከፍ ክፍያዎች • ከተፈጥሮ ሀብት፣ ከእርሻ፣ ከከብት እርባታ፣ ከዓሳ ማስገር፣ በሀገር ውስጥ ጉዳዮች ዲፓርትመንት (ጥብቆችን እና የቀድሞ ጥብቆችን ጨምሮ) ለሕንዳዊያን ተብሎ ከተለዬ መሬት ከሊዞች፣ ወይም ከሮያሊቲዎች • ባሕላዊ ጠቀሜታ ያላቸውን ነገሮች ከመሸጥ የተገኘ ገንዘብ	$ በየስንት ጊዜው? _____	$ በየስንት ጊዜው? _____

በማመልከቻዎ ሂደት ላይ እገዛ ይፈልጋሉ? HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። የማመልከቻውን ቅጅ በእንግሊዝኛ ይፈልጋሉ? አባከዎ **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። ከእንግሊዝኛ ውጭ በሌላ ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ በስልክ ቁጥር **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ እና የሚፈልጉትን ቋንቋ ለደንበኞች አገልግሎት ይንገሩ። ምንም ሳናስከፍልዎት እገዛ እናደርግልዎታለን። የ**TTY** ተጠቃሚዎች በ **1-855-889-4325** ላይ መደወል አለባቸው።

ይህን አይሙሉ:: ይህ ማመልከቻ አይደለም::

አባሪ ሐ

የተረጋገጠ ቅጽ
OMB ቁ. 0938-1191

ይህን ማመልከቻ በመሙላት ሂደት እገዛ

የተፈቀደለት/ሕጋዊ ተወካይ መምረጥ ይችላሉ።
ከእኛ ጋር ስለዚህ ማመልከቻ የሚነጋገር፣ መረጃዎትን የሚያይ፣ ስለማመልከቻዎ መረጃን መጠየቅን እና በማመልከቻዎ ላይ መፈረምን ጨምሮ ከዚህ ማመልከቻ ጋር በተያያዙ ጉዳዮች እርስዎን ወክሎ ምላሽ የሚሰጥ ታማኝ ሰው መወከል ይችላሉ። ይህ ሰው "የተፈቀደለት/ሕጋዊ ወኪል" ይባላል። በማንኛውም ጊዜ የተፈቀደለት/ሕጋዊ ወኪልዎን መቀየር ከፈለጉ የገበያ መድረኩን /Marketplace/ ያነጋግሩ። ለሌላ ሰው የተፈቀደለት/ሕጋዊ ወኪል ከሆኑ ከማመልከቻው ጋር ይህን የሚያረጋግጥ ማስረጃ ያያይዙ።

1. የተፈቀደለት/ሕጋዊ ወኪል ስም (መጠሪያ ስም፣ የአባት ስም፣ የአያት ስም)

2. አድራሻ

3. አፓርታማ ወይም የክፍል ቁጥር

4. ከተማ

5. ግዛት

6. የዚፕ ኮድ /ZIP code/

7. ቁጥር
( ) –

8. የድርጅት ስም

9. የመታወቂያ ካርድ ቁጥር (አግባብነት ካለው)

ይህን በመፈረምዎት ይህ (ተወካይ) ሰው ማመልከቻዎ ላይ እንዲፈርም፣ ስለዚህ ማመልከቻ ሕጋዊ መረጃ እንዲጠይቅ፣ እና አጠቃላይ ከዚህ ማመልከቻ ጋር በተያያዘ ወደፊት ለሚነሱ ጉዳዮች እርስዎን ወክሎ እንዲንቀሳቀስ ፈቅደውለታል።

10. የእርስዎ ፊርማ

11. ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም)
/ /

ለተመሰከረላቸው የማመልከቻ አማካሪዎች፣ ረዳቶች፣ ኤጀንቶች እና ደላሎች ብቻ።
ይህን ማመልከቻ ለሌላ ሰው የሚሞሉ የተመሰከረለት የማመልከቻ አማካሪ፣ ረዳት፣ ኤጀንት፣ ወይም ደላላ ከሆኑ ይህን ክፍል ይሙሉ።

1. ማመልከቻ የተጀመረበት ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም)
/ /

2. መጠሪያ ስም፣ የአባት ስም፣ የአያት ስም፣ እና ማዕረግ

3. የድርጅት ስም

4. የመታወቂያ (አይ ዲ) ቁጥር (የሚሠራ ከሆነ)

5. ኤጀንቶች/ደላላዎች ብቻ- የNPN ቁጥር

በማመልከቻዎ ሂደት ላይ እገዛ ይፈልጋሉ? HealthCare.gov ን ይጎብኙ ወይም **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። የማመልከቻውን ቅጅ በእንግሊዝኛ ይፈልጋሉ? እባክዎ **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ። ከእንግሊዝኛ ውጭ በሌላ ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ በስልክ ቁጥር **1-800-318-2596** ላይ ይደውሉ እና የሚፈልጉትን ቋንቋ ለደንበኞች አገልግሎት ይንገሩ። ምንም ሳናስከፍልዎት እገዛ እናደርግልዎታለን። የ**TTY** ተጠቃሚዎች በ **1-855-889-4325** ላይ መደወል አለባቸው።