USITUMIE IYI KWA KUJAAZA. IYI SIO FOMU UTATUMIA.

Health Insurance Marketplace

Maombi ya Bima ya Afya na Usaidizi Kulipa Gharama

Fomu Imeidhinishwa
OMB No. 0938-1191

VITU VYA KUJUA

Tumia maombi haya ili kuona ni bima gani unayostahili kupata

- Bima ya afya ya kibinafsi inayoweza kumudika ambayo inatoa bima iliyo na vitu vingi ili kukusaidia kukaa vyema
- Mkopo mpya wa kodi ambao unaweza kukusaidia mara moja kulipa malipo ya bima ya afya
- Bima isiyo ya malipo au ya gharama ya chini kutoka kwa Medicaid au Mpango wa Bima wa Afya ya Watoto(CHIP)

Unaweza kustahili kwa mpango usio wa malipo au wa gharama ya chini hata ikiwa unapata zaidi ya $94,000 kwa mwaka (kwa familia ya watu 4).

Nani anaweza kutumia maombi haya?

- Tumia maombi haya ili kutuma maombi yeyote katika familia yako.
- Tuma maombi hata ikiwa wewe au mtoto wako tayari mna bima ya afya. Unaweza kustahiki kwa bima ya gharama ya chini au isiyo ya malipo.
- Ikiwa uko bila mwenzi unaweza kutumia fomu fupi. Tembelea HealthCare.gov.
- Familia ambazo zinajumuisha wahamiaji wanaweza kutuma maombi. Unaweza kutuma maombi kwa niaba ya mtoto wako hata ikiwa hustahiki kwa bima. Kutuma maombi hakutaathiri hali yako ya uhamiaji au nafasi za kuwa mkaazi au mwanainchi wa kudumu.
- Ikiwa kuna mtu anakusaidia kujaza maombi haya, unaweza hitaji kukamilisha Kiambatisho C.

Tuma Maombi kwa haraka mtandaoni

Tuma maombi kwa haraka mtandaoni katika HealthCare.gov.

Ni nini unachoweza kuhitaji ili kutuma maombi

- Namba za Ruzuku ya Serikali (au namba za hati kwa wahamiaji wowote wanaostahiki na wanahitaji bima)
- Maelezo ya mwajiri na ya mapato kwa kila mtu katika familia yako (kwa mfano, kutoka kwa maelezo ya malipo, fomu za W-2, au taarifa za mapato na kodi)
- Namba za sera kwa bima yoyote ya sasa ya afya
- Maelezo kuhusu bima ya afya inayohusiana na kazi inayopatikana kwa familia yako

Kwa nini tunauliza maelezo haya?

Tunauliza kuhusu maelezo ya mapato na mengine ili kukujulisha na bima ipi unayostahili na ikiwa unaweza kupata msaada wowote kulipa. **Tutaweka maelezo yote utakayotoa kwa faragha na usalama, kama inavyohitajika na sheria.** Ili kutazama Taarifa ya Sheria ya Faragha, nenda kwa HealthCare.gov au angalia maagizo.

Ni nini kinachofuata?

Tuma maombi yako yaliokamilishwa,na kutiwa saini kwa anwani iliyo kwenye ukurasa wa 7. **Ikiwa huna maelezo yote tunayoitisha, saini na uwasilishe maombi yako tu.** Tutakufuatilia katika wiki 1-2. Utapata maagizo ya hatua zinazofuata ili kukamilisha bima yako ya afya. Ikiwa hutapata jibu kutoka kwetu, tembelea HealthCare.gov au piga **1-800-318-2596.** Kujaza fomu hii haimaanishi unafaa kununua bima ya afya.

Pata msaada na maombi haya

- **Mtandaoni:** HealthCare.gov
- **Simu:** Piga kwa kituo chetu cha Usaidizi katika **1-800-318-2596.**
- **Mwenyewe:** Kunaweza kuwa na washauri katika eneo lako ambao wanaweza kusaidia. Tembelea HealthCare.gov au piga **1-800-318-2596** kwa maaelezo zaidi.
- **Kiswahili:** Piga namba yetu isiyo ya malipo kwa usaidizi **1-800-318-2596.**

UNAHITAJI MSAADA NA MAOMBI YAKO? Tembelea HealthCare.gov au utupigie kwa **1-800-318-2596.** Je unahitaji nakala ya maombi kwa Kiingereza? Tafadhali piga **1-800-318-2596.** Ikiwa unahitaji msaada katika lugha nyingine ispokuwa Kiingereza, piga **1-800-318-2596** na ueleze mwakilishi wa huduma ya mteja lugha unayohitaji. Tutakupa msaada bila malipo. Watumiaji wa TTY wanafaa kupiga **1-855-889-4325.**

HATUA 1 Tueleze kukuhusu.

(Tunahitaji mtu mzima mmoja katika familia awe mtu wa kuwasiliana kwa maombi yako.)

1. Jina la kwanza	Jina la kati	Jina la mwisho	Kiambishi tamati

2. Anwani ya nyumbani (Wacha wazi ikiwa huna.)	3. Chumba au namba ya chumba

4. Mji	5. Jimbo	6. Msimbo wa posta	7. Wilaya

8. Anwani ya posta (ikiwa tofauti na anwani ya nyumbani)	9. Chumba au namba ya chumba

10. Mji	11. Jimbo	12. Msimbo wa posta	13. Wilaya

14. Namba ya simu	15. Namba nyingine ya simu
( ) –	( ) –

16. Je unataka kupata maelezo kuhusu maombi haya kupitia barua pepe? ☐ Ndio ☐ Hapana

Anwani ya barua pepe:

17. Ni lugha ipi unapendelea inayozungumzwa au kuandikwa (ikiwa sio kiingereza)?

HATUA 2 Tueleze kuhusu familia yako.

Ni nani unahitaji kujumuisha kwenya maombi haya?

Tueleze kuhusu wanafamilia wote wanaoishi nawe. Ikiwa unalipa kodi, tunahitaji kujua kuhusu kila mtu kwenye hati yako ya kodi. (Huhitaji kulipa kodi ili kupata bima ya afya.)

Jumuisha:

- Wewe binafsi
- Mume au mke wako
- Watoto wako walio chini ya umri wa 21 na wanaishi nawe
- Mshirika wako ambao hajaolewa na anahitaji bima ya afya
- Yeyote unayejumuisha kwenye hati yako ya kodi, hata ikiwa hawaishi nawe
- Yeyote aliye chini ya umri wa 21 ambaye unahudumia na anaishi nawe

Sio lazima ujumuishe:

- Mshirika wako ambao hajaolewa na ahitaji bima ya afya
- Watoto wa mshirika wako ambaye hajaolewa
- Wazazi wako ambao wanaishi nawe, lakini wanalipa kodi yao wenyewe (ikiwa una umri wa zaidi ya miaka 21)
- Watu wazima wengine ambao hulipa kodi yao wenyewe

Kiwango cha usaidizi au aina ya mpango unaostahili inategemea idadi ya watu katika familia yako na mapato yao. Maelezo haya hutusaidia kuhakikisha kila mtu anapata bima bora anayoweza.

Kamilisha hatua ya 2 kwa kila mtu katika familia yako. Anza na wewe mwenyewe, kisha ongeza watu wazima wengine na watoto. Ikiwa una zaidi ya watu 2 katika familia yako, utahitaji kunakili kurasa na uziambatishe. Huhitaji kutoa hali ya uhamishaji au Namba ya Ruzuku ya Serikali (SSN) ya wanafamilia ambao hawahitaji bima ya afya. Tutaweka maelezo yote utakayotupa kwa ufaragha na usalama kama inavyohitajika na sheria. Tutatumia maelezo ya kibinafsi kukagua ikiwa unastahiki kwa bima ya afya.

HATUA 2: MTU 1 (Anza na wewe)

Kamilisha Hatua ya 2 kwako binafsi, mke au mume/mshirika wako na watoto wanaoishi na wewe, na/au mtu yeyote kwenye hati yako ya kodi ya mapato yako ya shirikisho ikiwa unalipa moja. Angalia ukurasa wa 1 kwa maelezo zaidi kuhusu nani wa kujumuisha. Ikiwa hulipi kodi, kumbuka bado kuongeza wanafamilia ambao wanaishi nawe.

1. Jina la kwanza | Jina la kati | Jina la mwisho | Kiambishi tamati

2. Uhusiano na wewe? **BINAFSI**

3. Tarehe ya kuzaliwa (mm/ss/mmmm) / /

4. Jinsia ☐ Kiume ☐ Kike

5. Namba ya Ruzuku ya Serikali (SSN) - -

Tunahitaji hii ikiwa unataka bima ya afya na kuwa na SSN. Hata ikiwa hutaki kuwa na bima ya afya wewe mwenyewe, kutoa SSN yako inaweza kuwa na usaidizi kwa kuwa inaweza kuharakisha utendaji wa maombi.Tunatumia SSN kuangalia mapato na maelezo mengine ili kuona nani anastahiki kwa usaidizi na gharama za afya ya huduma. Kwa usaidizi kupata SSN, piga 1-800-772-1213 au tembelea socialsecurity.gov. TTY watumiaji wa TTY wanafaa kupiga 1-800-325-0778.

6. **Je unapanga kulipa hati ya kodi ya mapato ya shirikisho MWAKA UJAO?**
(Bado unaweza kutuma maombi ya bima ya afya hata ikiwa hutalipa hati ya kodi ya mapato ya shirikisho.)

☐ NDIO. **Ikiwa ndio,** tafadhli jibu maswali a–c. ☐ HAPANA. **Ikiwa hapana,** ruka hadi swali la c.

a. Je utalipa pamoja na mume/mke? ☐ Ndio ☐ Hapana

Ikiwa ndio, jina la mume/mke:

b. Je utadai wategemea wowote kwenye hati yako ya kodi? ☐ Ndio ☐ Hapana

Ikiwa ndio, orodhesha jina za wategemea:

c. Je utadaiwa kama mtegemea kwenye hati ya kodi ya mwingine? ☐ Ndio ☐ Hapana

Ikiwa ndio, tafadhali orodhesha jina la mlipa kodi:

Je mnauhusiano upi na mlipa kodi?

7. Je una mimba? ☐ Ndio ☐ Hapana a. **Ikiwa ndio,** ni watoto wangapi wanatarajiwa wakati wa mimba hii?

8. **Je unahitaji bima ya afya?**
(Hata ikiwa una bima, kunaweza kuwa na mpango ulio na bima bora au gharama ya chini.)

☐ NDIO. **Ikiwa ndio,** jibu maswali yote hapa chini. ☐ HAPANA. **Ikiwa hapana,** RUKA kwa maswali ya mapato. kwenye ukurasa wa 3 wacha sehemu ya ukurasa wazi.

9. Je una hali ya afya ya kimwili, kiakili, au hisia ambayo inasababisha vikwazo katika shughuli (kama kuoga, kuvaa, au kazi za kila siku, nk.) au unaishi katika kifaa cha matibabu au nyumba ya malezi? ☐ Ndio ☐ Hapana

10. Je wewe ni mwanainchi wa U.S. au wewe ni wa taifa la U.S.? ☐ Ndio ☐ Hapana

11. **Ikiwa wewe ni mwanainchi wa U.S. au wewe ni wa taifa la U.S.,** je una hali ya uhamiaji inayostahiki? *(Tazama maagizo.)*
☐ Ndio. Jaza aina ya hati yako na namba ya Utambulishi hapa chini.

a. Aina ya hati ya uhamiaji:

b. Namba ya Utambulishi ya hati

c. Umeishi U.S. tangu 1996? ☐ Ndio ☐ Hapana

d. Je wewe au mume/mke wake au mzazi, mkongwe au ni mwanachama wa jeshi ya U.S. ☐ Ndio ☐ Hapana

12. Je unataka msaada kulipa bili za matibabu kutoka miezi mitatu iliyopita? ☐ Ndio ☐ No

13. Je unaishi na angalau mtoto moja chini ya umri wa 19, na wewe ndio unamhudumia mtoto huyu? ☐ Ndio ☐ Hapana

14. Je wewe ni mwanafunzi wa wakati wote? ☐ Ndio ☐ Hapana

15. Ulikuwa katika huduma ya kulea katika umri wa 18 au zaidi? ☐ Ndio ☐ Hapana

16. **Ikiwa kabila la, Kihispania/Kilatino (YA HIARI—chagua yote yanayotumika.)**
☐ Mmeksiko ☐ Mmeksiko Mamerika ☐ Kichicano/a ☐ Kipuerto Rico ☐ Kicuba ☐ Nyengine _____

17. **Jamii (YA HIARI—chagua yote yanayotumika.)**

☐ Mzungu
☐ Mweusi au Mwafrika Mwaamerika
☐ Mhindi Mwamerika au Masia Mhindi
☐ Mchina
☐ Mfilipino
☐ Mjapani
☐ Mkorea
☐ Mvietnamese
☐ Asia Nyingine
☐ Mhawaii Asili
☐ Mguamania au Mchamorro
☐ Msamoa
☐ MPasifiki Islander Nyengine
☐ Nyingine _____

UNAHITAJI MSAADA NA MAOMBI YAKO? Tembelea HealthCare.gov au utupigie kwa **1-800-318-2596.** Je unahitaji nakala ya maombi kwa Kiingereza? Tafadhali piga **1-800-318-2596.** Ikiwa unahitaji msaada katika lugha nyingine ispokuwa Kiingereza, piga **1-800-318-2596** na ueleze mwakilishi wa huduma ya mteja lugha unayohitaji. Tutakupa msaada bila malipo. Watumiaji wa TTY wanafaa kupiga **1-855-889-4325.**

HATAU 2: MTU 1 (Endelea na wewe)

Maelezo ya kazi ya sasa na mapato

☐ **Umeajiriwa:** Ikiwa kwa sasa umeajiriwa, tueleze kuhusu mapato yako. Anza na swali 18.

☐ **Hujaajiriwa:** Ruka hadi swali la 28.

☐ **Umejiajiri:** Ruka hadi swali la 27.

KAZI YA SASA 1:

18. Jina la mwajiri

a. Anwani ya mwajiri

b. Mji | c. Jimbo | d. Msimbo wa posta | 19. Namba ya simu ya mwajiri ( ) –

20. Ujira (kabla ya kodi) $ ☐ Kila saa ☐ Kila wiki ☐ Kila wiki 2 ☐ Mara 2 kwa mwezi ☐ Kila mwezi ☐ Kila mwaka

21. Wastani wa saa zilizofanywa kazi kila WIKI

KAZI YA SASA 2: (Ikiwa una kazi zaidi na unahitaji nafasi zaidi, ambatisha jaladi lingine la karatasi.)

22. Jina la mwajiri

a. Anwani ya mwajiri

b. Mji | c. Jimbo | d. Msimbo wa posta | 23. Namba ya simu ya mwajiri ( ) –

24. Ujira (kabla ya kodi) $ ☐ Kila saa ☐ Kila wiki ☐ Kila wiki 2 ☐ Mara 2 kwa mwezi ☐ Kila mwezi ☐ Kila mwaka

25. Wastani wa saa zilizofanywa kazi kila WIKI

26. **Katika mwaka uliopita, uli:** ☐ Badilisha kazi ☐ Kuwacha kazi ☐ Ulianza kufanya kazi saa kidogo ☐ Sio moja ya hizi

27. **Ikiwa umejiari, jibu maswali yafuatayo:**

a. Aina ya kazi:

b. Utapata kiasi kipi cha malipo halisi (faida punde gharama za biashara zikilipwa) kutoka kwa uajiri wa kujiandika mwezi huu? *(Angalia maagizo.)* $

28. **MAPATO MENGINE MWEZI HUU:** Calamisha zote zinazotumika, na upeane kiwango na mara ngapi unaipata. Alamisha hapa ikiwa hakuna. ☐
KUMBUKA: Huhitaji kutueleza kuhusu usaidizi wa mtoto, malipo ya mkongwe, Mapato ya Nyongeza ya Usalama (SSI).

☐ Kutokuwa na kazi $ Mara ngapi? _____

☐ Pensheni $ Mara ngapi? _____

☐ Ruzuku ya Serikali $ Mara ngapi? _____

☐ Akaunti za Kustaafu $ Mara ngapi? _____

☐ Masurufu yaliopokewa $ Mara ngapi? _____

☐ Kilimo/kutaga samaki asili $ Mara ngapi? _____

☐ Ukodishaji/ mrabaha asili $ Mara ngapi? _____

☐ Mapato mengine Aina: _____ $ Mara ngapi? _____

29. **MAKATO:** Angalia yote ambayo yanatumika, na upeano kiwango na ni mara ngapi unapata. Ikiwa unalipa kwa vitu fulani ambazo Zinaweza kupunguzwa kwenye malipo ya kodi ya mapato ya shirikisho, kutuelezea kuihusi inaweza kufanya gharama ya bima ya afya kidogo kiasi.
KUMBUKA: Hufai kujumuisha gharama ambayo tayari uliangalia katika jibu lako kwa uajiri asili wa kujiajiri (swali la 27b).

☐ Masurufu yaliolipwa $ Mara ngapi? _____

☐ Riba ya mkopo Wa mwanafunzi $ Mara ngapi? _____

☐ Makato mengine Aina: _____ $ Mara ngapi? _____

30. **MAPATO YA KILA MWAKA:** **Kamilisha tu ikiwa mapato yako yanabadilika kutoka mwezi hadi mwezi. Ikiwa hutaraji mabadiliko kwa mapato yako ya kila mwezi, ruka hadi kwa mtu anayefuata.**

Jumla ya mapato yako **mwaka huu** $

Jumla ya mapato yako mwaka **ujao** (ikiwa unafikiri itakuwa tofauti) $

ASANTE!

Haya ndio tunahitaji kujua kukuhusu.

UNAHITAJI MSAADA NA MAOMBI YAKO? Tembelea HealthCare.gov au utupigie kwa **1-800-318-2596.** Je unahitaji nakala ya maombi kwa Kiingereza? Tafadhali piga **1-800-318-2596.** Ikiwa unahitaji msaada katika lugha nyingine ispokuwa Kiingereza, piga **1-800-318-2596** na ueleze mwakilishi wa huduma ya mteja lugha unayohitaji. Tutakupa msaada bila malipo. Watumiaji wa TTY wanafaa kupiga **1-855-889-4325.**

USITUMIE IYI KWA KUJAAZA. IYI SIO FOMU UTATUMIA.

HATUA 2: MTU 2

Ikiwa una zaidi ya watu wawili wa kujumuisha, toa nakala ya Hatua ya 2: Mtu 2 (ukurasa wa 4 na 5) na ukamilishe.

Kamilisha hatua ya pili kwako binafsi, mke au mume/mshirika wako na watoto wanaoishi na wewe, na/au mtu yeyote kwenye hati yako ya kodi ya mapato yako ya shirikisho ikiwa unalipa moja. Angalia ukurasa wa 1 kwa maelezo zaidi kuhusu nani wa kujumuisha. Ikiwa hulipi kodi,kumbuka bado kuongeza wanafamilia ambao wanaishi nawe.

1. Jina la kwanza _____ Jina la kati _____ Jina la mwisho _____ Kiambishi tamati _____

2. Uhusiano na wewe? *(Ona maagizo.)* _____

3. Tarehe ya kuzaliwa (mm/ss/mmmm) ____ / ____ / ____

4. Jinsia ☐ Kiume ☐ Kike

5. Namba ya Ruzuku ya Serikali (SSN) ____ - ____ - ____ **Tunahitaji hii ikiwa unataka bima ya afya ya MTU 2 na MTU 2 ana SSN.**

6. Je MTU 2 anaishi anwani sawa na wewe? ☐ Ndio ☐ Hapana

Ikiwa hapana, orodhesha anwani: _____

7. **Je MTU 2 anapanga kulipa hati ya kodi ya mapato ya shirikisho MWAKA UJAO?**
(Bado unaweza kutuma maombi ya bima ya afya hata ikiwa MTU 2 hatalipa hati ya kodi ya mapato ya shirikisho.)

☐ **NDIO Ikiwa ndio,** tafadhli jibu maswali a–c. ☐ **HAPANA Ikiwa hapana,** ruka hadi swali la c.

a. Je MTU 2 atalipa pamoja na mume/mke? ☐ Ndio ☐ Hapana

ikiwa ndio, jina la mume/mke: _____

b. Je MTU 2 atadai wategemea wowote kwenye hati yako ya kodi? ☐ Ndio ☐ Hapana

ikiwa ndio, orodhesha jina za wategemea: _____

c. Je MTU 2 atadaiwa kama mtegemea kwenye hati ya kodi ya mwingine? ☐ Ndio ☐ Hapana

ikiwa ndio, tafadhali orodhesha jina la mlipa kodi: _____

Je MTU 2 anauhusiano upi na mlipa kodi? _____

8. Je MTU 2 ana mimba? ☐ Ndio ☐ Hapana a. **Ikiwa ndio,** ni watoto wangapi wanatarajiwa wakati wa mimba hii? ____

9. **Je MTU 2 anahitaji bima ya afya?**
(Hata ikiwa MTU 2 ana bima, kunaweza kuwa na mpango ulio na bima bora au gharama ya chini.)

☐ **NDIO Ikiwa ndio,** jibu maswali yote hapa chini. ☐ **HAPANA Ikiwa hapana,** RUKA kwa maswali ya mapato kwenye ukurasa wa 3. Wacha sehemu ya ukurasa wazi

10. Je MTU 2 ana hali ya afya ya kimwili, kiakili, au hisia ambayo inasababisha vikwazo katika shughuli (kama kuoga, kuvaa,au kazi za kila siku, nk.) au unaishi katika kifaa cha matibabu au nyumba ya malezi? ☐ Ndio ☐ Hapana

11. Je MTU 2 ni mwanainchi wa U.S. au raia wa U.S.? ☐ Ndio ☐ Hapana

12. **Ikiwa MTU 2 sio mwanainchi wa U.S. au raia wa U.S.,** je wana hali inayostahiki ya uhamishaji? *(Angalia maagizo.)*

☐ Ndio. Jaza aina ya hati na namba ya Utambulishi wa MTU 2.

a. Aina ya hati ya uhamishaji: _____

b. Namba ya hati ya Utambulishi _____

c. Je MTU 2 ameishi U.S. tangu 1996? ☐ Ndio ☐ Hapana

d. Je mume/mke au mzazi wa MTU 2 au MTU 2 ni mkongwe au ni mwanachama wa jeshi ya U.S. ☐ Ndio ☐ Hapana

13. Je MTU 2 anataka usaidizi kulipa bili za matibabu kutoka miezi 3 iliyopita? ☐ Ndio ☐ Hapana

14. Je MTU 2 anaishi na angalau na mtoto mmoja wa chini ya umri 19, na Mtu wa 2 ndiye mtu mkuu anayemlea mtoto huyu? ☐ Ndio ☐ Hapana

15. Je MTU 2 alikuwa katika huduma ya malezi kwa umri wa miaka 18 au zaidi? ☐ Ndio ☐ Hapana

Tafadhali jibu maswali yafuatayo ikiwa MTU 2 ana umri wa 22 au mdogo:

16. Je MTU 2 alikuwa na bima kupitia kazi na kuipoteza katika miezi 3 iliyopita ? ☐ Ndio ☐ Hapana

a. **Ikiwa ndio,** tarehe ya kukamilika: _____ b. Sababu ya bima kuisha: _____

17. Je MTU 2 ni mwanafunzi wakati wote? ☐ Ndio ☐ Hapana

18. **Ikiwa kabila la, Kihispania/Kilatino (YA HIARI—chagua yote yanayotumika.)**

☐ Mmeksiko ☐ Mmeksiko Mamerika ☐ Kichicano/a ☐ Kipuerto Rico ☐ Kicuba ☐ Nyengine _____

19. **Jamii (YA HIARI—chagua yote yanayotumika.)**

☐ Mzungu
☐ Mweusi au Mwafrika Mwaamerika
☐ Mamerika Mhindi au Masia Mhindi
☐ Mchina
☐ Mfilipino
☐ Mjapani
☐ Mkorea
☐ Mvietnamese
☐ Asia Nyingine
☐ Mhawaii Asili
☐ Mguamania au Mchamorro
☐ Msamoa
☐ MPasifiki Islander Nyengine
☐ Nyingine _____

Sasa, tueleze kuhusu mapato yeyote kutoka kwa MTU 2 upande wa nyuma.

UNAHITAJI MSAADA NA MAOMBI YAKO? Tembelea HealthCare.gov au utupigie kwa **1-800-318-2596.** Je unahitaji nakala ya maombi kwa Kiingereza? Tafadhali piga **1-800-318-2596.** Ikiwa unahitaji msaada katika lugha nyingine ispokuwa Kiingereza, piga **1-800-318-2596** na ueleze mwakilishi wa huduma ya mteja lugha unayohitaji. Tutakupa msaada bila malipo. Watumiaji wa TTY wanafaa kupiga **1-855-889-4325.**

HATUA 2: MTU 2

Maelezo ya kazi ya sasa na mapato

☐ **Umeajiriwa:** Ikiwa kwa sasa MTU 2 ameajiriwa, tueleze kuhusu mapato yake. Anza na swali 20.

☐ **Hujaajiriwa:** Ruka hadi swali la 30.

☐ **Umejiajiri:** Ruka hadi swali la 29.

KAZI YA SASA 1:

20. Jina la mwajiri

a. Anwani ya mwajiri

b. Mji	c. Jimbo	d. Msimbo wa posta	21. Namba ya simu ya mwajiri
			( ) –

22. Ujira (kabla ya kodi)
$

☐ Kila saa ☐ Kila wiki ☐ Kila wiki 2
☐ Mara 2 kwa mwezi ☐ Kila mwezi ☐ Kila mwaka

23. Wastani wa saa zilizofanywa kazi kila WIKI

KAZI YA SASA 2: (Ikiwa MTU 2 ana kazi NYINGINE, TIA KARATASI NYINGINE)

24. Jin la mwajiri

a. Anwani ya mwajiri

b. Mji	c. Jimbo	d. Msimbo wa posta	25. Namba ya simu ya mwajiri
			( ) –

26. Ujira (kabla ya kodi)
$

☐ Kila saa ☐ Kila wiki ☐ Kila wiki 2
☐ Mara 2 kwa mwezi ☐ Kila mwezi ☐ Kila mwaka

27. Wastani wa saa zilizofanywa kazi kila WIKI

28. **Katika mwaka uliopita, je mtu 2:** ☐ Alibadilisha kazi ☐ Aliwacha kazi ☐ Alianza kufanya kazi saa kidogo ☐ Sio moja ya hizi

29. **Ikiwa MTU 2 amejiari, jibu maswali yafuatayo:**

a. Aina ya kazi:

b. MTU 2 atapata kiasi kipi cha malipo halisi (faida punde gharama za biashara zikilipwa) kutoka kwa uajiri wa kujiandika mwezi huu? *(Angalia maagizo.)* $

30. **MAPATO MENGINE MWEZI HUU:** Alamisha zote zinazotumika, na upeane kiwango na mara ngapi MTU 2 anaipata. Alamisha hapa ikiwa hakuna. ☐
KUMBUKA: Huhitaji kutueleza kuhusu usaidizi wa mtoto, malipo ya mkongwe, Mapato ya Nyongeza ya Usalama (SSI) wa MTU 2.

☐ Kutokuwa na kazi $ Mara ngapi? _____
☐ Pensheni $ Mara ngapi? _____
☐ Ruzuku ya Serikali $ Mara ngapi? _____
☐ Akaunti za Kustaafu $ Mara ngapi? _____
☐ Masurufu yaliopokewa $ Mara ngapi? _____
☐ Kilimo/kutaga samaki asili $ Mara ngapi? _____
☐ Ukodishaji/ mrabaha asili $ Mara ngapi? _____
☐ Mapato mengine Aina: _____ $ Mara ngapi? _____

31. **MAKATO:** Angalia yote ambayo yanatumika, na upeane kiwango na ni mara ngapi MTU 2 anaipata. Ikiwa MTU 2 analipiakwa vitu fulani ambazo zinaweza kupunguzwa kwenye malipo ya kodi ya mapato ya shirikisho, kutuelezea kuihusi inaweza kufanya gharama ya bima ya afya kidogo kiasi.
KUMBUKA: Hufai kujumuisha gharama ambayo tayari uliangalia katika jibu lako kwa uajiri asili wa kujiajiri (swali la 29b).

☐ Masurufu yaliolipwa $ Mara ngapi? _____
☐ Riba ya mkopo Wa mwanafunzi $ Mara ngapi? _____
☐ Makato mengine Aina: _____ $ Mara ngapi? _____

32. **MAPATO YA KILA MWAKA:** **Kamilisha ikiwa tu mapato ya MTU 2 hubadilika kutoka mwezi hadi mwezi. Ikiwa hutaraji mabadiliko kwa mapato ya kila mwezi ya MTU 2, ruka kwa mtu anayefuata.**

Jumla ya mapato ya MTU 2 **mwaka huu**	Jumla ya mapato ya MTU 2 mwaka **unaofuata** (ikiwa unafiri itakuwa tofauti)
$	$

ASANTE!
Hayo tu ndio tunahitaji kujua kuhusu MTU 2

UNAHITAJI MSAADA NA MAOMBI YAKO? Tembelea HealthCare.gov au utupigie kwa **1-800-318-2596.** Je unahitaji nakala ya maombi kwa Kiingereza? Tafadhali piga **1-800-318-2596.** Ikiwa unahitaji msaada katika lugha nyingine ispokuwa Kiingereza, piga **1-800-318-2596** na ueleze mwakilishi wa huduma ya mteja lugha unayohitaji. Tutakupa msaada bila malipo. Watumiaji wa TTY wanafaa kupiga **1-855-889-4325.**

HATUA 3 Wanafamilia Wahindi Waamerikani au Wenye Asili ya Alaska

1. **Je wewe au kuna mtu katika familia yako ni Mhindi Mwamerikani au Mwenye Asili ya Alaska?**

☐ **HAPANA. Ikiwa hapana,** ruka kwa Hatua 4.

☐ **NDIO. Ikiwa ndio,** nenda kwa kiambatisho B.

HATUA 4 Bima ya afya ya familia yako

Jibu maswali haya kwa yeyote ambaye anahitaji bima ya afya.

1. **Je kuna yeyote aliyesajiliwa sasa katika bima ya afya kutoka ya fuatayo?**

☐ **NDIO. Ikiwa ndio,** alamisha aina ya bima na uandike jina la mtu karibu na bima walionayo. ☐ **HAPANA.**

☐ Medicaid _____

☐ CHIP _____

☐ Medicare _____

☐ TRICARE (Usichague ikiwa una Direct Care au Line of Duty)

_____

☐ Mpango wa huduma ya afya wa VA _____

☐ Peace Corps _____

☐ Bima ya mwajiri _____

Jina la bima ya afya: _____

Namba ya sera: _____

Je hii ni bima ya COBRA? ☐ Ndio ☐ Hapana

Je huu ni mpango wa mstaafu? ☐ Ndio ☐ Hapana

☐ Nyingine

Jina la bima ya afya: _____

Namba ya Sera: _____

Je huu ni mpango wa faida wenye kikomo (kama sera ya ajali shuleni)?

☐ Ndio ☐ Hapana

2. **Je kuna yeyote aliyeorodheshwa kwenye maombi haya anayepokea bima ya afya kutoka kazini?**

Chagua ndio hata ikiwa bima ni kutoka kazini kwa mtu mwingine, kama vile mzazi au mume/mke.

☐ **NDIO. Ikiwa ndio,** utahitaji kukamilisha na kujumuisha Kiambatisho A. Je huu ni mpango wa manufaa wa mfanyakazi wa jimbo? ☐ Ndio ☐ Hapana

☐ **HAPANA. Ikiwa hapana, endelea kwa Hatua ya 5.**

HATUA 5 Soma na kutia saini maombi haya.

- Ninatia maombi haya saini chini ya adhabu ya kusema uwongo, ambayo inamaanisha nimetoa majibu ya kweli kwa maswali yote kwenye fomu hii kwa ubora wa ufahamu wangu. Ninajua ninaweza kuwa chini ya adhabu chini ya sheria ya shirikisho ikiwa kwa kunuia ninatoa maelezo ya uwongo au yasio ya ukweli.
- Ninajua ni lazima nieleze Eneo la Soko la Bima ya Afya ikiwa chochote kitabadilika (na ni tofauti kuliko) nilichoandika kwenye maombi haya. Ninaweza kutembelea **HealthCare.gov** au kupiga **1-800-318-2596** ili kuripoti mabadiliko yoyote. Ninaelewa ya kwamba mabadiliko katika maelezo yangu yanaweza kuathiri ustahiki kwa wanakaya wangu.
- Ninajua chini ya sheria ya shirikisho, ubaguzi huruhusiwi kwa misingi ya kabila, rangi, asili ya kitaifa, jinsia, umri, maelekezo ya jinsia, utambulishi wa jinsia au ulemavu. Ninaweza kutoa malalamishi ya ubaguzi kwa kutembelea **www.hhs.gov/ocr/office/file.**
- Ninajua ya kwamba maelezo kwenye fomu hii yatatumika tu kuamua ustahiki wa bima ya afya na itawekwa kifaragha kama inavyotakikana na sheria.
- Ninathibitisha hakuna yeyote anayetuma maombi ya bima ya afya kwenye maombi haya yuko kizuizini. Ikiwa sivyo, _____ Yuko kizuizini.

(jina la mtu)

Tunahitaji maelezo haya ili kukagua ustahiki wako kwa usaidizi kulipa bima ya afya ikiwa utachagua kutuma maombi. Tutakagua majibu yako kwa kutumia maelezo katika hifadhidata yetu ya kieletroniki na hifadhidata kutoka kwa Huduma ya Mapato ya Ndani (IRS), Ruzuku ya Serikali, Idara ya Usalama wa Nyumbani, na/au weledi wa mteja wa kuripoti. Ikiwa maelezo hayaambatani, tunaweza kukuuliza kutuma ushahidi.

HATUA 5 (Imeendelezwa)

Kupata tena bima katika miaka zijazo

Ili kuifanya rahisi kuamua ustahiki wangu kwa usaidizi kulipa bima ya afya katika miaka ijayo, Ninakubali kuruhusu MarketPlace kutumia data ya mapato, ikiwa ni pamoja na maelezo kutoka kwa hati za kodi. Marketplace itanitumia notisi na itawacha nifanye mabadiliko yoyote, na ninaweza kuchagua kutoka wakati wowote.

Ndio, leta tena ustahiki wangu kiotomatiki kwa

☐ miaka 5 ijayo (nambari ya juu ya miaka inayoruhusiwa), au kwa nambari ndogo ya miaka:

☐ miaka 4 ☐ miaka 3 ☐ miaka 2 ☐ mwaka 1 ☐ Usitumie maelezo kutoka kwa hati za kodi ili kuleta upya bima yangu.

Ikiwa mtu yeyote kwenye maombi haya anastahiki kwa Medicaid

- Ninaipa weledi wa Medicaid haki zetu kufuata na kupata pesa zozote kutoka bima nyingine ya afya, masarifu ya kisheria au wahusika wengine. Pia naipa weledi wa Medicais haki za kufuata na kupata usaidizi wa matibabu kutoka kwa mume/mke au mzazi.
- Je mtoto yeyote kwenye maombi haya ana mzazi anayeishi nje ya nyumbani? ☐ Yes ☐ No
- Ikiwa ndio, najua nitaulizwa kushirikiana na weledi ambao unakusanya usaidizi wa matibabu kutoka kwa mzazi asiyekuwapo. Ikiwa nafiri ya kwamba kushirikiana kukusanya usaidizi wa matibabu utanidhuru au watoto wangu, ninaweza kueleza Medicaid na naweza kosa kushirikiana.

Ninafaa kufanya nini ikiwa ninafikiria matokeo yangu ya kustahiki sio sahihi?

Ikiwa hukubaliani na unachostahili, katika hali mingi, unaweza kuchukua rufaa. Tafadhali kagua notisi yako ya kustahiki ili kupata maagizo ya rufaa maalum kwa kila mtu katika kaya yako, pamoja na ni siku ngapi unafaa kuomba rufaa. Hapa chini ni maelezo muhuimu kuangalia wakati wa kuomba rufaa:

- Unaweza kuwa na mtu wa kuomba au kushiriki katika rufaa yako ukitaka. Mtu huyo anaweza kuwa rafiki, ndugu, wakili au mtu mwingine. Au, unaweza kuomba na kushiri katika rufaa yako mwenyewe.
- Ikiwa utaomba rufaa, unaweza kuweka ustahiki wako wa bima wakati rufaa yako inasubiri.
- Matokeo ya rufaa yanaweza kubadilisha ustahiki wanakaya wako wengine.

Ili kukata rufaa ustahiki wako wa Marketplace, ingia katika akaunti yako ya Marketplace katika **HealthCare.gov/marketplace** au pigia **1-800-318-2596.** Watumiaji wanafaa kupiga **1-855-889-4325.** Unaweza kutuma fomu ya ombi la rufaa au barua yako mwenyewe ukiomba rufaa kwa Bima **Health Insurance Marketplace,** Idara ya Afya na Huduma za Binadamu, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750. Unaweza kukata rufaa ya kununua bima ya afya kupitia Marktetplace, vipindi vya usajili, mikopo ya kodi, makato ya kushiriki gharama, Medicaid, na CHIP, ikiwa ulikatazwa hizi. Ikiwa unastahiki kwa mikopo ya kodi au makato ya kushiriki gharama, unaweza kukata rufaa kiwango tulichoamua unastahiki. Kulingana na jimbo lako, unaweza kukata rufaa kupitia Marketplace au unaweza kuomba rufaa na weledi wa jimbo wa Medicaid au CHIP.

Tia saini ombi hili. Mtu aliyejaza Hatua ya 1 anafaa kutia saini ombi hili. Ikiwa wewe ni mwakilishi aliyeidhinishwa, unaweza kutia saini hapa kama tu umetoa maelezo yanayohitajika katika Kiambatisho C.

Saini	Tarehe (mm/dd/yyyy)
	/ /

HATUA 6 Tuma maombi yaliokamilishwa.

Tuma maombi yako yaliotiwa saini kwa:

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

Ikiwa unataka kujisajili kupiga kura, unaweza kukamilisha fomu ya mpigakura kujisajili katika **usa.gov**.

Taarifa ya Ufichuzi ya PRA
Kulingana na Sheria ya Upunguzaji Karatasi ya 1995, hakuna watu wanaohitajika kujibu mkusanyiko wa maelezo isipokuwa iwe inaonyesha nambari halali ya uthibiti ya OMB. Nambari halali ya uthibiti ya OMB ya mkusanyiko wa maelezo haya ni 0938 1191. Muda unaohitajika wa kukamilisha mkusanyiko wa maelezo haya unakadiriwa kuwa dakika 45 kwa kila jibu, ikiwa ni pamoja na muda wa kupitia maagizo, kutafuta nyenzo za data zilizopo, kukusanya data inayohitajika, na kukamilisha na kupitia maelezo yaliyokusanywa. Kama una maoni kuhusu usahihi wa makadirio ya muda au mapendekezo ya kuboresha fomu hii, tafadhali andika barua kwa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

USITUMIE IYI KWA KUJAAZA. IYI SIO FOMU UTATUMIA.

KIAMBATISHO A

Fomu Imeidhinishwa
OMB No. 0938-1191

Bima ya Afya kutoka kazini

Huhitaji kujibu maswali haya ila kama mtu katika kaya anastahiki kwa bima ya kazi kutoka kwa kazi. Ambatisha nakala ya ukurasa huu kwa kila kazi inayotoa bima.

Tueleze kuhusu kazi ambayo hutoa bima.

Chukua Zana ya Bima ya Mwajiri kwenye ukurasa unaofuata kwa mwajiri ambayo hutoa bima kukusaidia kujibu maswali haya. Unahitaji tu kujumuisha ukurasa huu unapotuma maombi yako, sio Zana ya Bima ya Mwajiri.

Maelezo ya MFANYAKAZI

1. Jina la mfanyakazi (Kwanza, Kati, Mwisho)	2. Namba ya mfanyakazi ya Ruzuku ya Serikali
	- -

Maelezo ya MWAJIRI

3. Jina la mwajiri	4. Namba ya Utambulishi ya Mwajiri (EIN)
	-
5. Anwani ya mwajiri	6. Namba ya simu ya mwajiri
	( ) –

7. Mji	8. Jimbo	9. Msimbo wa posta

10. Tunaweza kuwasiliana na nani kuhusu bima ya afya ya mfanyakazi kwa kazi hii?

11. Namba ya simu (ikiwa tofauti na hapa juu)	12. Anwani ya baruapepe
( ) –	

13. **Je kwa sasa unastahiki kwa bima iliyotolewa na mwajiri huyu, au utastahiki katika miezi tatu ijayo?**

☐ **Ndio** (Endelea)

13a. **Ikiwa uko katika kipindi cha kusubiri au majaribio, unaweza kujisajili katika bima lini?** (mm/ss/mmmm)

/ /

Orodhesha jina ya mtu yeyote ambaye anastahiki kwa bima kutoka kwa kazi hii.

Jina: Jina: Jina:

☐ **Hapana** (Sitisha hapa na uende Hatua ya 5 katika maombi)

Tueleze kuhusu mpango wa afya uliotolewa na mwajiri huyu.

14. Je mwajiri hutoa mpango wa afya ambao unakidhi upeo wa kiwango cha thamani*? ☐ Ndio ☐ Hapana

15. Kwa mpango wa gharama ya chini ambao unakidhi upeo wa kiwango cha thamani* inatolewa **tu kwa mfanyakazi** (haijumuishi mipango ya familia): Ikiwa mwajiri ana mipango ya afya, anatoa ada ambayo mfanyakazi anaweza kulipa ikiwa yeye hakupokea kipunguzo kwa mipango yeyote ya kuacha sigara, na hakupokea vipunguzo vyovyote kulingana na mipango ya afya.

a. Ni kiasi kipi mfanyakazi anaweza kulipa katika ada za bima kwa mpango huu? $

b. Mara ngapi? ☐ Kila wiki ☐ Kila wiki 2 ☐ Mara 2 kila mwezi ☐ Mara 1 kila mwezi ☐ Mara 4 kila mwaka ☐ Kila mwaka

16. Ni mabadiliko gani mwajiri atafanya kwa mpango mpya wa mwaka (ikiwa inajulikana)?

☐ Mwajiri hatatoa bima ya afya

☐ Mwajiri ataanza kutoa bima ya afya kwa wafanyakazi au badilisha ada ya mpango wa gharama ya chini unaopatikana tu kwa mfanyakazi ambaye anakimu upeo wa kiwango cha thamani.* (Ada ya bima inafaa kuangazia kipunguzo cha mipango ya afya. Angalia swali la 15.)

a. Ni kiwango kipi mfanyakazi atalipa katika ada ya mpango huo? $

b. Mara ngapi? ☐ Kila wiki ☐ Kila wiki 2 ☐ Mara 2 kila mwezi ☐ Mara 1 kila mwezi ☐ Mara 4 kila mwaka ☐ Kila mwaka

c. Tarehe ya mabadiliko (mm/ss/mmmm): / /

*Mpango wa afya wa mwajiri unaofadhiliwa unakimu "upeo wa kiwango cha thamani" ikiwa hisa ya mpango ya jumla ya gharama zinazoruhusiwa zinazoshughulikiwa na mpango sio chini ya asilimia 60 ya gharama kama hizi (Sehemu 36B(c)(2)(C)(ii) ya Msimbo wa Ndani wa Mapato wa 1986).

UNAHITAJI MSAADA NA MAOMBI YAKO? Tembelea **HealthCare.gov** au utupigie kwa **1-800-318-2596.** Je unahitaji nakala ya maombi kwa Kiingereza? Tafadhali piga **1-800-318-2596.** Ikiwa unahitaji msaada katika lugha nyingine ispokuwa Kiingereza, piga **1-800-318-2596** na ueleze mwakilishi wa huduma ya mteja lugha unayohitaji. Tutakupa msaada bila malipo. Watumiaji wa TTY wanafaa kupiga **1-855-889-4325.**

USITUMIE IYI KWA KUJAAZA. IYI SIO FOMU UTATUMIA.

Health Insurance Marketplace
Fomu Imeidhinishwa
OMB No. 0938-1191

ZANA YA MWAJIRI YA BIMA

Tumia zana hii kusaidia kujibu maswali katika maombi yako ya Marketplace, Kiambatisho A. Sehemu hiyo ya maombi inauliza kuhusu bima ya afya ya mwajiri ambayo unastahiki (hata ikiwa ni kutoka kwa kazi ya mtu mwingine, kama mzazi au mume/mke). Maelezo katika visanduku hapa chini vilivyo na namba vinalingana na visanduku katika Kiambatisho A. Kwa mfano, unaweza kutumia jibu kwa swali la 14 kwenye ukurasa huu kujibu swali la 14 kwenye Kiambatisho A. **Andika jina lako na namba ya Ruzuku ya Serikali katika visanduku 1 na 2 na uulize mwajiri kujaza sehemu yote ya fomu. Kamilisha zana moja kwa kila mwajiri ambaye anatoa bima ya afya ambayo unastahiki.**

Maelezo ya MFANYAKAZI

Mfanyakazi anahitaji kujaza sehemu hii.

1. Jina la mfanyakazi (Kwanza, Kati, Mwisho)	2. Namba ya Ruzuku ya Serikali
	- -

Maelezo ya MWAJIRI

Uliza mwajiri kwa maelezo haya.

3. Jina la mwajiri	4. Namba ya Utambulishi ya Mwajiri (EIN)
	-
5. Anwani ya mwajiri (Marketplace itatuma notisi kwa anwani hii)	**6. Namba ya simu ya mwajiri**
	( ) –

7. Mji	8. Jimbo	9. Msimbo wa posta

10. Tunaweza kuwasiliana na nani kuhusu bima ya afya ya mfanyakazi kwa kazi hii?

11. Namba ya simu (ikiwa tofauti na hapa juu)	12. Anwani ya barua pepe
( ) –	

13. **Je mfanyakazi anastahiki kwa sasa kwa bima inayotolewa na mwajiri huyu, au mfanyakazi atastahiki katika miezi 3 ijayo?**

- ☐ **Ndio** (Nenda kwa swali 13a.)
  13a. Ikiwa mfanyakazi hastahiki leo, kwa sababu ya kipindi cha kusubiri au majaribio, ni lini mfanyakazi anastahiki bima?
  _____ (mm/ss/mmmm) (Nenda kwa swali linalofuata)
- ☐ **Hapana** (SITISHA na urejeshe fomu hii kwa kwa mfanyakazi)

Tueleze kuhusu **mpango wa afya** inayotolewa na **mwajiri** huyu.

Je mwajiri hutoa mpango wa afya ambao hushughulikia mume/mke au mtegemea wa mwajiri?

☐ Ndio. Watu wa gani? ☐ Mume/mke ☐ Mtegemea

☐ Hapana

(Nenda kwa swali la 14)

14. Je mwajiri hutoa mpango wa afya ambao unakidhi upeo wa kiwango cha thamani*?

☐ Ndio (Nenda kwa swali 15) ☐ Hapana (WACHA na urejeshe fomu hii kwa mfanyakazi)

15. Kwa mpango wa gharama ya chini ambao unakidhi upeo wa kiwango cha thamani* inatolewa **tu kwa mfanyakazi** (haijumuishi mipango ya familia): Ikiwa mwajiri ana mipango ya afya, anatoa ada ambayo mfanyakazi anaweza kulipa ikiwa yeye hakupokea kipunguzo kwa mipango yeyote ya kuacha sigara, na hakupokea vipunguzo vyovyote kulingana na mipango ya afya.

a. Ni kiasi kipi mfanyakazi anaweza kulipa katika ada za bima kwa mpango huu? **$**

b. Mara ngapi? ☐ Kila wiki ☐ Kila wiki 2 ☐ Mara 2 kila mwezi ☐ Mara 1 kila mwezi ☐ Mara 4 kila mwak ☐ Kila mwaka (Nenda kwa swali linalofuata)

Ikiwa mpango wa mwisho utaisha hivi karibuni na unajua ya kwamba mipango ya afya iliyotolewa itabadilika, nenda kwa swali la 16. Ikiwa hujui, WACHA na urejeshe fomu hii kwa mfanyakazi.

16. Ni mabadiliko gani mwajiri atafanya kwa mpango mpya wa mwaka (ikiwa inajulikana)?

☐ Mwajiri hatatoa bima ya afya

☐ Mwajiri ataanza kutoa bima ya afya kwa wafanyakazi au badilisha ada ya mpango wa gharama ya chini unaopatikana tu kwa mfanyakazi ambaye anakimu upeo wa kiwango cha thamani.* (Ada ya bima inafaa kuangazia kipunguzo cha mipango ya afya. Angalia swali la 15.)

a. Ni kiwango kipi mfanyakazi atalipa katika ada ya mpango huo? **$**

b. Mara ngapi? ☐ Kila wiki ☐ Kila wiki 2 ☐ Mara 2 kila mwezi ☐ Mara 1 kila mwezi ☐ Mara 4 kila mwaka ☐ Kila mwaka

c. Tarehe ya mabadiliko (mm/ss/mmmm): / /

*Mpango wa afya wa mwajiri unaofadhiliwa unakimu "upeo wa kiwango cha thamani" ikiwa hisa ya mpango ya jumla ya gharama zinazoruhusiwa zinazoshughulikiwa na mpango sio chini ya asilimia 60 ya gharama kama hizi (Sehemu 36B(c)(2)(C)(ii) ya Msimbo wa Ndani wa Mapato wa 1986).

UNAHITAJI MSAADA NA MAOMBI YAKO? Tembelea **HealthCare.gov** au utupigie kwa **1-800-318-2596.** Je unahitaji nakala ya maombi kwa Kiingereza? Tafadhali piga **1-800-318-2596.** Ikiwa unahitaji msaada katika lugha nyingine ispokuwa Kiingereza, piga **1-800-318-2596** na ueleze mwakilishi wa huduma ya mteja lugha unayohitaji. Tutakupa msaada bila malipo. Watumiaji wa TTY wanafaa kupiga **1-855-889-4325.**

USITUMIE IYI KWA KUJAAZA. IYI SIO FOMU UTATUMIA.

KIAMBATISHO B

Fomu imeidhinishwa
OMB No. 0938-1191

Mwanafamilia Mhindi Mwamerika au mwenye Asili ya Alaska (AI/AN)

Kamilisha kiambatisho hiki ikiwa wewe au mwanafamilia ni Mhindi Mwamerika au mwenye Asili ya Alaska. Uwasilisho huu na maombi yako kwa Bima ya Afya na Usaidizi Kulipa Gharama.

Tueleze kuhusu Mwanafamilia Mhindi Mwamerika au mwenye Asili ya Alaska.

Wamerika Wahindi au wenye Asili ya Alaska wanaweza kupata huduma kutoka Huduma za Afya za Kihindi, mipango ya afya ya kikabila, au mipango ya afya ya Kihindi ya mji. Pia wanaweza kosa kulipa gharama ya kushiriki na wanaweza kukosa kupata vipindi maalum vya kila mwezi vya usajili. Jibu maswali yanayofuata ili kuhakikisha familia yako inapata usaidizi unaowezekana.

KUMBUKA: Ikiwa una watu zaidi kujumuisha, fanya nakala ya ukurasa huu na uambatishe.

	AI/AN MTU 1	AI/AN MTU 2
1. Jina (Jina la kwanza, Jina la kati, Jina la mwisho)	Kwanza Kati Mwisho	Kwanza Kati Mwisho
2. Mwanachama wa kabila linalotambulika kwa shirikisho?	☐ Ndio **Ikiwa ndio,** jina la kabila _____ ☐ Hapana	☐ Ndio **Ikiwa ndio,** jina la kabila _____ ☐ Hapana
3. Je mtu huyu ashawai kupata huduma kutoka kwa Huduma ya Afya ya Kihindi, mpango wa afya wa kabila, au mpango wa afya wa Kihindi wa mji, au kupitia rejeleo kutoka kwa moja ya mipango hii?	☐ Ndio ☐ Hapana **Ikiwa hapana,** Je mtu huyu anastahiki kupata huduma kutoka kwa Huduma ya Afya ya Kihindi, mpango wa afya wa kabila, au mpango wa afya wa Kihindi wa mji, au kupitia rejeleo kutoka kwa moja ya mipango hii? ☐ Ndio ☐ Hapana	☐ Ndio ☐ Hapana **Ikiwa hapana,** Je mtu huyu anastahiki kupata huduma kutoka kwa Huduma ya Afya ya Kihindi, mpango wa afya wa kabila, au mpango wa afya wa Kihindi wa mji, au kupitia rejeleo kutoka kwa moja ya mipango hii? ☐ Ndio ☐ Hapana
4. Pesa fulani zilizopokelewa zinaweza kuhesabiwa kwa Medicaid au Mpango wa Bima ya Afya ya Watoto (CHIP). Orodhesha mapato yeyote (kiwango na ni mara ngapi) yalioripotiwa kwenye maombi yako ambayo inajumuisha pesa kutoka kwa vyanzo hivi: • Malipo kwa kila mtu kutoka kwa lugha ambayo inatoka kwa maliasili, haki za utumizi, hati za kukodisha, au mrabaha • Malipo kutoka kwa maliasili, ukulima, ranchi, kuvua samaki, hati za kukodisha, au mrabaha kutoka kwa aradhi iliyoteuliwa kama aradhi ya udhamini wa Kihindi na Idara ya Mambo ya Ndani (ikiwa ni pamoja na ardhi zilizohifadhiwa na ardhi zilizohifadhiwa awali • Pesa kutoka uuzaji wa vitu ambazo zina umuhimu wa utamaduni	$ Mara ngapi? _____	$ Mara ngapi? _____

UNAHITAJI MSAADA NA MAOMBI YAKO? Tembelea **HealthCare.gov** au utupigie kwa **1-800-318-2596.** Je unahitaji nakala ya maombi kwa Kiingereza? Tafadhali piga **1-800-318-2596.** Ikiwa unahitaji msaada katika lugha nyingine ispokuwa Kiingereza, piga **1-800-318-2596** na ueleze mwakilishi wa huduma ya mteja lugha unayohitaji. Tutakupa msaada bila malipo. Watumiaji wa TTY wanafaa kupiga **1-855-889-4325.**

USITUMIE IYI KWA KUJAAZA. IYI SIO FOMU UTATUMIA.

KIAMBATISHI C

Fomu Imeidhinishwa
OMB No. 0938-1191

Usaidizi wa kukamilisha maombi haya

Unaweza kuchagua mwakilishi aliyeidhinishwa.
Unaweza kumpa mtu anayeaminika ruhusa kuzungumza kuhusu maombi haya na sisi, kuona maelezo yako, na ashirikiane nawe kwa masuala yanayohusiana na maombi haya, ikiwa ni pamoja na kupata maelezo kuhusu maombi yako na kutia saini maombi yako kwa niaba yako. Mtu huyu anaitwa"mwakilishi aliyeidhinishwa". Ikiwa unahitaji kubadilisha mwakilishi wako aliyeidhinishwa, wasiliana na Marketplace. Ikiwa wewe ni mwakilishi uliyeteuliwa kisheria kwa mtu kwenye maombi haya, wasilisha ushahidi na maombi.

1. Jina la mwakilishi aliyeidhinishwa (Jina la kwanza, Jina la kati, Jina la mwisho)

2. Anwani

3. Chumba au namba ya chumba

4. Mji

5. Jimbo

6. Msimbo wa posta

7. Namba ya simu

( ) –

8. Jina la shirika

9. Namba ya utambulishi (ikiwa inatumika)

Kwa kutia saini, unaruhusu mtu huyu kutia saini maombi yako, kupata maelezo rasmi kuhusu maombi haya, na kukuwakilisha kwa masuala yote yajayo yanayohusiana na maombi haya.

10. Saini yako

11. Tarehe (mm/ss/mmmm)

/ /

Kwa washauri, waabiri, weledi, na madalali tu wa maombi waliothibitishwa.
Kamilisha kitengo hiki ikiwa wewe ni mshauri, mwabiri, weledi, na dalali wa maombi waliothibitishwa wanaojaza maombi haya kwa mtu mwingine.

1. Tarehe ya kuanza maombi (mm/ss/mmmm)

/ /

2. Jina la kwanza, Jina la kati, Jina la mwisho, na Kiambatishi tamati

3. Jina la shirika

4. Namba ya utambulishi (ikiwa inatumika)

5. Weledi/Madalali tu: namba ya NPN

UNAHITAJI MSAADA NA MAOMBI YAKO? Tembelea **HealthCare.gov** au utupigie kwa **1-800-318-2596.** Je unahitaji nakala ya maombi kwa Kiingereza? Tafadhali piga **1-800-318-2596.** Ikiwa unahitaji msaada katika lugha nyingine ispokuwa Kiingereza, piga **1-800-318-2596** na ueleze mwakilishi wa huduma ya mteja lugha unayohitaji. Tutakupa msaada bila malipo. Watumiaji wa TTY wanafaa kupiga **1-855-889-4325.**