पुरा रगर्नुहोस्ओ यो आवेदन होइन।

Health Insurance Marketplace

स्वास्थ्य बिमा सुविधा (कभरेज) तथा मूल्य तिर्ने सहायताको लागि आवेदन

फाराम स्विकृत भयो
OMB No. 0938-1191

जानिराख्नु पर्ने कुराहरू

तपाईं कति बिमा सुविधाका लागि योग्य हुनुहुन्छ भन्ने जान्न यो आवेदनको प्रयोग गर्नुहोस्

- तपाईंलाई स्वस्थ रहन व्यापक बिमा सुविधा प्रदान गर्ने सुपथ निजी स्वास्थ्य बिमा योजना
- तपाईंको स्वास्थ्य बिमा सुविधाको प्रिमियम तत्काल भुक्तान गर्न सहायता गर्न सक्ने नयाँ ट्याक्स क्रेडिट
- मेडिकेड वा बाल स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम (CHIP) बाट निःशुल्क वा न्यून-मूल्यको बिमा

तपाईंको आय वार्षिक $94,000 (4 जनाको परिवारको लागि) सम्म भए पनि तपाईं निःशुल्क वा न्यून-मूल्यको कार्यक्रमका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ।

यो आवेदनको प्रयोग कसले गर्न सक्छन्?

- तपाईंको परिवारमा कुनैपनि सदस्यका लागि आवेदन गर्न यो आवेदनको प्रयोग गर्नुहोस्।
- तपाईं वा तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्य बिमा सुविधा पहिला नै लिएको भएपनि आवेदन गर्नुहोस्। तपाईं न्यून-मूल्यको वा निःशुल्क बिमा सुविधाको लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ।
- यदि तपाईं एक्लो हुनुहुन्छ भने, तपाईंले छोटो फाराम प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। HealthCare.gov मा जानुहोस्।
- आप्रवासीहरू हुने परिवारहरूले आवेदन गर्न सक्छन्। तपाईं आफू बिमा सुविधाका लागि योग्य नभएपनि तपाईंले आफ्नो बच्चाको लागि आवेदन गर्न सक्नुहुन्छ। आवेदन गर्दा तपाईंको अध्यागमन स्थिति वा स्थायी बासिन्दा वा नागरिक बन्ने तपाईंको सम्भावनामा कुनै असर गर्दैन।
- यदि यो आवेदन भर्न तपाईंलाई कसैले सहयोग गरेको भए, तपाईंले परिशिष्ट C पूरा गर्नुपर्छ।

अनलाईन माध्यमबाट चाँडो आवेदन गर्नुहोस्

HealthCare.gov मा अनलाईन माध्यमबाट चाँडो आवेदन गर्नुहोस्।

आवेदन गर्न तपाईंलाई के चाहिन सक्छ

- सामाजिक सुरक्षा सङ्ख्या (अथवा बिमा आवश्यक हुने कुनैपनि योग्य आप्रवासीहरूको डक्यूमेन्ट नम्बर)
- तपाईंको परिवारको प्रत्येक सदस्यको नियोक्ता तथा आय विवरण (उदाहरणको लागि, पेस्टबबाट, W-2 फाराम, वा तलव तथा ट्याक्स विवरण)
- कुनैपनि वर्तमान स्वास्थ्य बिमाको पोलिसि नम्बरहरू
- तपाईंको परिवारलाई उपलब्ध कुनैपनि रोजगार-सम्बन्धी स्वास्थ्य बिमाबारे जानकारी

हामी किन यो विवरण माग्दै छौं?

तपाईं कुन कति बिमा सुविधाका लागि योग्य हुनुहुन्छ र सोको भुक्तान गर्न तपाईंलाई कुनै सहायता उपलब्ध हुन्छ वा हुँदैन भन्ने जानकारी गराउन हामी आय तथा अन्य विवरणहरू खोज्छौं। **हामी तपाईंले दिनु भएको सम्पूर्ण विवरणहरूलाई, कानून अनुसार गोपनीय तथा सुरक्षित राख्छौं।** गोपनीयता ऐन विवरण हेर्न, HealthCare.gov मा जानुहोस् वा निर्देशनहरू हेर्नुहोस्।

यसपछि के हुन्छ?

पूरा भरेको, हस्ताक्षर सहित आवेदनलाई पृष्ठ 7 मा भएको ठेगानामा पठाउनुहोस्।
यदि तपाईंसँग हामीले मागेको सम्पूर्ण विवरणहरू छैन भने पनि, आफ्नो आवेदनमा हस्ताक्षर गरेर बुझाइ दिनुहोस्। हामी तपाईंलाई 1–2 हप्ता भित्र सम्पर्क गर्नेछौं। तपाईंको स्वास्थ्य बिमा सुविधा पूरा गर्न अर्को चरणहरूबारे तपाईंले निर्देशनहरू पाउनु हुनेछ। यदि तपाईंले हाम्रो कुनै जवाफ पाउनु भएन भने, HealthCare.gov मा जानुहोस् वा **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। यो आवेदन भर्नाले तपाईंले स्वास्थ्य बिमा सुविधा लिनै पर्छ भन्ने हुँदैन।

यो आवेदन पूरा गर्न सहायता लिनुहोस्

- **अनलाईन:** HealthCare.gov
- **फोन:** हाम्रो सहायता केन्द्रमा **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्।
- **व्यक्तिगत:** तपाईंको क्षेत्रमा परामर्शदाताहरू हुन सक्छन् जसले सहायता गर्न सक्छन्। HealthCare.gov मा जानुहोस् वा थप जानकारीका लागि **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्।
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596.**

आवेदन गर्नलाई सहायता चाहिएको छ? HealthCare.gov मा जानुहोस् अथवा हामीलाई **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। के तपाईं आवेदन अङ्ग्रेजी भाषामा चाहनुहुन्छ? कृपया **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिन्छ भने, **1-800-318-2596** मा कल गरेर ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिएको भाषा बताउनुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले **1-855-889-4325** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण 1 हामीलाई तपाईंको बारेमा बताउनुहोस्।

(तपाईंको आवेदनको लागि परिवारको एकजना वयस्क सदस्य सम्पर्क व्यक्ति हुनुपर्छ)

1. पहिलो नाम	बिचको नाम	अन्तिम नाम	सफिक्स

2. घरको ठेगाना (छैन भने खाली छाड्नुहोस्)	3. अपार्टमेन्ट वा स्वीट नम्बर

4. सहर	5. राज्य	6. ZIP कोड	7. काउन्टि

8. पत्राचारको ठेगाना (घरको ठेगाना भन्दा भिन्दै भए)	9. अपार्टमेन्ट वा स्वीट नम्बर

10. सहर	11. राज्य	12. ZIP कोड	13. काउन्टि

14. फोन नम्बर	15. अन्य फोन नम्बर
( ) –	( ) –

16. के तपाईं यस आवेदनका बारेमा इमेलबाट जानकारी पाउन चाहनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

इमेल ठेगाना

17. तपाईंको चाहेको बोल्ने वा लेख्ने भाषा कुन हो (अङ्ग्रेजी होइन भने)?

चरण 2 हामीलाई तपाईंको परिवारको बारेमा बताउनुहोस्।

तपाईं यो आवेदनमा क-कसलाई समावेश गर्न चाहनुहुन्छ?

तपाईंसँग बस्ने सम्पूर्ण परिवारको सदस्यका बारेमा हामीलाई बताउनुहोस्। यदि तपाईं ट्याक्स तिर्नुहुन्छ भने, तपाईंको ट्याक्स रिटर्नमा पर्ने प्रत्येकका बारेमा हामीलाई जानकारी दिनुपर्छ। (स्वास्थ्य बिमा सुविधा पाउन तपाईंले ट्याक्स तिरेको हुन आवश्यक छैन)

निम्न कुराहरू समावेश गर्नुहोस्:

- तपाईं आफ्नो
- तपाईंको लोग्ने/स्वास्नी
- तपाईंसँग बस्ने 21 वर्ष मुनिको बच्चाहरू
- स्वास्थ्य बिमा सुविधा आवश्यक हुने तपाईंको अविवाहित पार्टनर
- तपाईंसँग बस्ने नभएपनि आफ्नो ट्याक्स रिटर्नमा सामेल गर्नुभएको व्यक्ति
- तपाईंले हेरचाह गर्ने र तपाईंसँग बस्ने 21 वर्ष मुनिको कुनैपनि व्यक्ति

निम्न कुराहरू समावेश गर्नु पर्दैन:

- स्वास्थ्य बिमा सुविधा आवश्यक नहुने तपाईंको अविवाहित पार्टनर
- तपाईंको अविवाहित पार्टनरको बच्चाहरू
- तपाईंसँग बस्ने, तर आफ्नै ट्याक्स रिटर्न भर्ने तपाईंको माता-पिता (यदि तपाईंको उमेर 21 वर्षभन्दा माथि भए)
- आफ्नै ट्याक्स रिटर्न भर्ने अन्य वयस्क आफन्तहरू

तपाईं योग्य हुन सक्ने सहायता वा कार्यक्रमको किसिम तपाईंको परिवारका विभिन्न सदस्य र उनीहरूको आयमा भर पर्छ।
यो विवरणले हामीलाई प्रत्येकलाई सकेसम्म राम्रो बिमा सुविधा दिलाउन सहायता गर्छ।

तपाईंको परिवारको प्रत्येक व्यक्तिको लागि चरण 2 पूरा गर्नुहोस्। आफूदेखि शुरु गर्दै, अन्य वयस्क तथा बच्चाहरू थप्नुहोस्। यदि तपाईंको परिवारमा 2 जना भन्दा बढी सदस्य छन् भने, तपाईंले प्रतिलिपि बनाएर सँगै गाँस्नु पर्छ। स्वास्थ्य बिमा सुविधा नचाहिने परिवारको सदस्यहरूको अध्यागमन स्थिति वा सामाजिक सुरक्षा सङ्ख्या (SSN) दिन पर्दैन। हामी तपाईंले दिनु भएको सम्पूर्ण विवरणहरूलाई, कानून अनुसार गोपनीय तथा सुरक्षित राख्छौं। तपाईं स्वास्थ्य बिमा सुविधाका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा हुनु हुँदैन भन्ने हेर्न मात्र हामी व्यक्तिगत विवरणको प्रयोग गर्ने छौं।

चरण 2: व्यक्ति 1 (आफूदेखि शुरु गर्नुहोस्)

आफ्नो, तपाईंको लोग्ने/स्वास्नी/पार्टनर तथा तपाईंसँग बस्ने बच्चाहरू, र/वा तपाईंले ट्याक्स तिर्नु हुन्छ भने तपाईंको आफ्नै सङ्घीय आय ट्याक्सट्याक्स रिटर्नमा पर्ने कुनैपनि व्यक्तिका लागि चरण 2 पूरा गर्नुहोस्। क-कसलाई सामेल गर्नु भनेर थप जानकारीका लागि पृष्ठ1 हेर्नुहोस्। यदि तपाईं ट्याक्स रिटर्न भर्नु हुँदैन भने पनि, आफूसँग बस्ने परिवारको सदस्यहरू थप्न नभुल्नुहोला।

1. पहिलो नाम | बिचको नाम | अन्तिम नाम | सफिक्स

2. तपाईंसँग नाता? आफैँ

3. जन्म मिति (महिना/दिन/साल) / /

4. लिङ्ग ☐ पुरुष ☐ स्त्री

5. सामाजिक सुरक्षा सङ्ख्या (SSN) - -

यदि तपाईंलाई स्वास्थ्य बिमा सुविधा चाहिएको छ र तपाईंसँग SSN छ भने हामीलाई यो चाहिन्छ। तपाईं आफ्नो लागि स्वास्थ्य बिमा सुविधा नचाहिए पनि, तपाईंको SSN दिनु भए यसबाट आवेदन प्रक्रिया चाँडो हुन सहायता पुग्छ। स्वास्थ्य बिमा सुविधाको खर्च सहायताका लागि को को योग्य हुन्छन् भन्ने पत्ता लगाउन आय तथा अन्य विवरणको जाँच गर्न हामी SSN को प्रयोग गर्छौं। SSN लिन सहायताका लागि, 1-800-772-1213 मा कल गर्नुहोस् वा socialsecurity.gov मा जानुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले 1-800-325-0778 मा कल गर्नुहोस्।

6. **के तपाईंको सङ्घीय आय ट्याक्सट्याक्स रिटर्न अर्को साल भर्ने योजना छ?**
(तपाईंले सङ्घीय आय ट्याक्सट्याक्स रिटर्न भर्ने नभएपनि तपाईंले स्वास्थ्य बिमाको लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ)

☐ हो। **यदि हो भने,** कृया प्रश्नहरू a–c को जवाफ दिनुहोस्। ☐ होइन। **यदि होइन भने,** प्रश्न c मा जानुहोस्।

a. के तपाईं लोग्ने/स्वास्नीसँग संयुक्त फायल गर्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
यदि हो भने, लोग्ने/स्वास्नीको नाम दिनुहोस्:

b. के तपाईंको ट्याक्स रिटर्नमा कुनैपनि निर्भर व्यक्तिको दाबी गर्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन
यदि हो भने, निर्भर व्यक्तिहरूको नाम(हरू) दिनुहोस्:

c. के अन्य कसैको ट्याक्स रिटर्नमा तपाईंलाई निर्भर व्यक्तिका रूपमा दाबी गरिने छ? ☐ हो ☐ होइन
यदि हो भने, कृपया ट्याक्सदाताट्याक्सदाताको नाम दिनुहोस्:
ट्याक्सदाताट्याक्सदातासँग तपाईंको नाता के छ?

7. के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन a. **यदि हो भने,** यो गर्भबाट कति जना बच्चा जन्मिने अनुमान गरिएको छ?

8. **के तपाईंलाई स्वास्थ्य बिमा सुविधा चाहिन्छ?**
(तपाईंको बिमा भएपनि, राम्रो बिमा सुविधा वा कम मूल्य पर्ने कुनै कार्यक्रमहरू हुन सक्छन्।)

☐ हो। **यदि हो भने,** निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्। ☐ होइन। **यदि होइन भने,** पृष्ठ 3 को आय सम्बन्धी प्रश्नहरूमा जानुहोस्। यो पृष्ठको बाँकी भाग खाली छाड्नुहोस्।

9. के तपाईंलाई कामकाज गर्न बाधा गर्ने कुनै शारीरिक, मानसिक, वा भावनात्मक स्वास्थ्य अवस्थाहरू छ (जस्तै नुहाउने, लुगा लगाउने, दैनिक कामकाज, आदि) अथवा चिकित्सा गृह वा नर्सिङ होममा बस्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

10. के तपाईं U.S. नागरिक वा U.S. राष्ट्रियता भएको व्यक्ति हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

11. **यदि तपाईं U.S. नागरिक वा U.S. राष्ट्रियता भएको व्यक्ति होइन भने,** के तपाईंसँग योग्य अध्यागमन स्थिति छ? *(निर्देशनहरू हेर्नुहोस्)*
☐ हो। तल तपाईंको कागजातको किसिम तथा ID नम्बर भर्नुहोस्।

a. अध्यागमन कागजातको किसिम:

b. कागजात ID नम्बर

c. के 1996 देखि तपाईं U.S. मा बस्नु भएको हो? ☐ हो ☐ होइन
सैनिक वा सक्रिय ड्यूटि कर्मचारी हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

d. के तपाईं, वा तपाईंको लोग्ने/स्वास्नी वा माता-पिता, U.S. फौजको कुनै भूतपूर्व

12. के तपाईंलाई पछिल्लो 3 महिना देखिको चिकित्सा खर्चको बिल तिर्न सहायता चाहिएको हो? ☐ हो ☐ होइन

13. के तपाईं 19 वर्ष मुनिको न्यूनतम एक जना बच्चासँग बस्नुहुन्छ, र के तपाईं उक्त बच्चाको हेरचाह गर्ने मुख्य व्यक्ति हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

14. के तपाईं पूर्णकालीन विद्यार्थी हो? ☐ हो ☐ होइन

15. के तपाईं 18 वर्ष वा बेसी भएपछि फोस्टर केयरमा हुनुहुन्थ्यो? ☐ हो ☐ होइन

16. **यदि हिस्पानिक/ल्याटिनो, जाती (ऐच्छिक—लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्।)**
☐ मेक्सिकन ☐ मेक्सिकन अमेरिकन ☐ सिक्यानो/आ ☐ पुर्टो रिकन ☐ क्यूबान ☐ अन्य _____

17. **जाती (ऐच्छिक—लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्।)**

☐ वाइट	☐ अमेरिकन इन्डियन वा अलास्का नेटिभ	☐ फिलिपिनो	☐ भेतनामिज	☐ ग्वामानियन वा चामोरो
☐ ब्ल्याक वा अफ्रिकन अमेरिकन	☐ एसियन इन्डियन	☐ जापानिज	☐ अन्य एसियन	☐ सामोअन
	☐ चाइनिज	☐ कोरियन	☐ नेटिभ हवायन	☐ अन्य प्यासिफिक आयलैंडर
				☐ अन्य _____

आवेदन गर्नलाई सहायता चाहिएको छ? HealthCare.gov मा जानुहोस् अथवा हामीलाई **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। के तपाईं आवेदन अङ्ग्रेजी भाषामा चाहनुहुन्छ? कृपया **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिन्छ भने, **1-800-318-2596** मा कल गरेर ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिएको भाषा बताउनुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले **1-855-889-4325** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण 2: व्यक्ति 1 (आफ्नो क्रमशः)

वर्तमान रोजगार तथा आयबारे जानकारी

☐ **रोजगार प्राप्त:** यदि तपाईं हाल रोजगार प्राप्त हुनुहुन्छ भने, तपाईंको आयबारे बताउनुहोस्। प्रश्न 18 बाट शुरु गर्नुहोस्।

☐ **बेरोजगार:** प्रश्न 28 मा जानुहोस्।

☐ **स्वरोजगार:** प्रश्न 27 मा जानुहोस्।

वर्तमान रोजगार 1:

18. नियोक्ताको नाम

a. नियोक्ताको ठेगाना

b. सहर | c. राज्य | d. ZIP कोड | 19. नियोक्ताको फोन नम्बर ( ) –

20. तलब/टिप्स (ट्याक्स नकटाइ) $ ☐ घण्टाको ☐ हप्ताको ☐ प्रत्येक 2 हप्ताको ☐ महिनामा दुई पटक ☐ मासिक ☐ वार्षिक

21. प्रत्येक हप्तामा काम गर्ने औसत घण्टा

वर्तमान रोजगार 2: (यदि तपाईंसँग थप कार्यहरु छ र धेरै खाली ठाउँ आवश्यक छ भने, कागजको अर्को सिट संलग्न गर्नुहोस्।)

22. नियोक्ताको नाम

a. नियोक्ताको ठेगाना

b. सहर | c. राज्य | d. ZIP कोड | 23. नियोक्ताको फोन नम्बर ( ) –

24. तलब/टिप्स (ट्याक्स नकटाइ) $ ☐ घण्टाको ☐ हप्ताको ☐ प्रत्येक 2 हप्ताको ☐ महिनामा दुई पटक ☐ मासिक ☐ वार्षिक

25. प्रत्येक हप्तामा काम गर्ने औसत घण्टा

26. **गत साल, के तपाईंले:** ☐ रोजगार बदल्नुभयो ☐ काम छाड्नुभयो ☐ थोरै घण्टा काम गर्न थाल्नुभयो ☐ माथिको कुनैपनि होइन

27. **यदि स्वरोजगार भए, निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्:**

a. कामको किसिम:

b. यो महिना तपाईंले यस स्वरोजगारबाट कति खूद आय (व्यावसायिक खर्चहरू कटाएर हुने मुनाफा) पाउनु हुनेछ? *(निर्देशनहरू हेर्नुहोस्)* $

28. **यो महिनाको अन्य आय:** लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्, साथै रकम र कति पटक पाउनु हुन्छ लेख्नुहोस्। कुनैपनि नभए यहाँ चिन्ह लगाउनुहोस्। ☐

टिप्पणी: तपाईंले हामीलाई चाइल्ड सपोर्ट, भूतपूर्व सैनिक भुक्तान, वा परिपुरक सुरक्षा आय (SSI) का बारेमा बताउन आवश्यक छैन।

☐ बेरोजगार $ कति पटक? _____

☐ पेन्सन $ कति पटक? _____

☐ सामाजिक सुरक्षा $ कति पटक? _____

☐ रिटायरमेन्ट एकाउन्ट $ कति पटक? _____

☐ प्राप्त गरेको निर्वाह खर्च $ कति पटक? _____

☐ खेती/मत्स्यपालनबाट खूद $ कति पटक? _____

☐ भाडा रकम/रोयाल्टिबाट खूद $ कति पटक? _____

☐ अन्य आय किसिम: _____ $ कति पटक? _____

29. **कट्टा गरिने रकम:** लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्, साथै रकम र कति पटक पाउनु हुन्छ लेख्नुहोस्। यदि तपाईंले सङ्घीय आय ट्याक्स रिटर्नबाट घटाउन सकिने कुनै भुक्तान गर्नुहुन्छ भने, हामीलाई उक्त जानकारीहरू दिएमा स्वास्थ्य बिमा सुविधाको खर्च केही कम हुन सक्छ।

टिप्पणी: तपाईंले पहिलानै आफ्नो जवाफमा खूद स्वरोजगार (प्रश्न 27b) का रूपमा उल्लेख गर्नुभएको खर्च जोड्नु हुँदैन।

☐ भुक्तान गरेको निर्वाह खर्च $ कति पटक? _____

☐ विद्यार्थी ऋण ब्याज $ कति पटक? _____

☐ अन्य कट्टा गरिने रकम किसिम: _____ $ कति पटक? _____

30. **वार्षिक आय:** **तपाईंको आय हरेक महिना फरक पर्ने भएमा मात्र यो भर्नुहोस्।**
यदि तपाईंको मासिक आयमा कुनै हेरफेर नहुने भएमा, अर्को व्यक्तिको लागि खण्डमा जानुहोस्।

यो वर्ष तपाईंको कुल आय $

अर्को साल तपाईंको कुल आय (यदि फरक हुन्छ जस्तो लागेमा) $

धन्यवाद!
हामीलाई तपाईंको बारेमा यति मात्र जान्न आवश्यक छ।

चरण 2: व्यक्ति 2

यदि तपाईंले दुई जना भन्दा धेरै व्यक्तिहरूलाई समावेश गर्नुपर्छ भने, प्रतिलिपि बनाउनुहोस् चरण 2: व्यक्ति 2 (पृष्ठ 4 तथा 5) तथा यसलाई पूरा गर्नुहोस्।

आफ्नो, तपाईंको लोग्ने/स्वास्नी/पार्टनर तथा तपाईंसँग बस्ने बच्चाहरू, र/वा तपाईंले ट्याक्स तिर्नु हुन्छ भने तपाईंको आफ्नै सङ्घीय आय ट्याक्स रिटर्नमा पर्ने कुनैपनि व्यक्तिका लागि चरण 2 पूरा गर्नुहोस्। क-कसलाई सामेल गर्नु भनेर थप जानकारी का लागि पृष्ठ1 हेर्नुहोस्। यदि तपाईं ट्याक्स रिटर्न भर्नु हुँदैन भने पनि, आफूसँग बस्ने परिवारको सदस्यहरू थप्न नभुल्नुहोला।

1. पहिलो नाम | बिचको नाम | अन्तिम नाम | सफिक्स

2. तपाईंसँग नाता? *(निर्देशनहरू हेर्नुहोस्)*

3. जन्म मिति (महिना/दिन/साल) ___ / ___ / ___

4. लिङ्ग ☐ पुरुष ☐ स्त्री

5. सामाजिक सुरक्षा सङ्ख्या (SSN) ___ - ___ - ___

यदि तपाईंलाई व्यक्ति 2 का लागि स्वास्थ्य बिमा सुविधा आवश्यक छ भने तथा व्यक्ति 2 को SSN छ भने हामीलाई यो चाहिन्छ।

6. के व्यक्ति 2 पनि तपाईं बस्ने ठेगानामा बस्ने हो? ☐ हो ☐ होइन

यदि होइन भने, ठेगाना दिनुहोस्: _____

7. **के व्यक्ति 2 ले अर्को साल सङ्घीय आय ट्याक्स रिटर्न भर्ने योजना छ?**
(व्यक्ति 2 ले सङ्घीय आय ट्याक्स रिटर्न भर्ने नभएपनि तपाईंले स्वास्थ्य बिमाको लागि आवेदन दिन सक्नुहुन्छ)

☐ **हो। यदि हो भने,** कृया प्रश्नहरू a–c को जवाफ दिनुहोस्। ☐ **होइन। यदि होइन भने,** प्रश्न c मा जानुहोस्।

a. के व्यक्ति 2 ले लोग्ने/स्वास्नीसँग संयुक्त फायल गर्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

यदि हो भने, लोग्ने/स्वास्नीको नाम दिनुहोस्: _____

b. के व्यक्ति 2 ले तपाईंको ट्याक्स रिटर्नमा कुनैपनि निर्भर व्यक्तिको दाबी गर्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

यदि हो भने, निर्भर व्यक्तिहरूको नाम(हरू) दिनुहोस्: _____

c. के अन्य कसैको ट्याक्स रिटर्नमा व्यक्ति 2 लाई निर्भर व्यक्तिका रूपमा दाबी गरिने छ? ☐ हो ☐ होइन

यदि हो भने, कृपया ट्याक्सदाताको नाम दिनुहोस्: _____

व्यक्ति 2 को ट्याक्सदातासँग के नाता छ? _____

8. के व्यक्ति 2 गर्भवती हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन a. **यदि हो भने,** यो गर्भबाट कति जना बच्चा जन्मिने अनुमान गरिएको छ? ☐

9. **के व्यक्ति 2 लाई स्वास्थ्य बिमा सुविधा चाहिन्छ?**
(व्यक्ति 2 को बिमा भएपनि, राम्रो बिमा सुविधा वा कम मूल्य पर्ने कुनै कार्यक्रमहरू हुन सक्छन्।)

☐ **हो। यदि हो भने,** निम्न सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

☐ **होइन। यदि होइन भने,** पृष्ठ 3 को आय सम्बन्धी प्रश्नहरूमा जानुहोस्। यो पृष्ठको बाँकी भाग खाली छाड्नुहोस्।

10. के व्यक्ति 2 लाई कामकाज गर्न (जस्तै नुहाउने, लुगा लगाउने, दैनिक कामकाज, आदि) बाधा गर्ने कुनै शारीरिक, मानसिक, वा भावनात्मक स्वास्थ्य अवस्थाहरू छ? ☐ हो ☐ होइन

11. के व्यक्ति 2 U.S. नागरिक वा U.S. राष्ट्रियता भएको व्यक्ति हो? ☐ हो ☐ होइन

12. **यदि व्यक्ति 2 U.S. नागरिक वा U.S. राष्ट्रियता भएको व्यक्ति होइन भने,** के उनीहरूको योग्य अध्यागमन स्थिति छ? *(निर्देशनहरू हेर्नुहोस्)*

☐ हो। तल व्यक्ति 2 को कागजातको किसिम तथा ID नम्बर भर्नुहोस्।

a. अध्यागमन कागजातको किसिम:

b. कागजात ID नम्बर

c. के 1996 देखि व्यक्ति 2 U.S. मा बस्नु भएको हो? ☐ हो ☐ होइन

d. के व्यक्ति 2, वा व्यक्ति 2 को लोग्ने/स्वास्नी वा माता-पिता, U.S. फौजको भूतपूर्व सैनिक वा सक्रिय-ड्यूटि कर्मचारी हो? ☐ हो ☐ होइन

13. के व्यक्ति 2 लाई पछिल्लो 3 महिना देखिको चिकित्सा खर्चको बिल भुक्तान गर्न सहायता आवश्यक छ? ☐ हो ☐ होइन

14. के व्यक्ति 2 19 वर्ष मुनिको न्यूनतम एक जना बच्चासँग बस्नुहुन्छ, र के व्यक्ति 2 उक्त बच्चाको हेरचाह गर्ने मुख्य व्यक्ति हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

15. के 18 वर्ष वा बेसी उमेरमा व्यक्ति 2 फोस्टर केयरमा हुनुहुन्थ्यो? ☐ हो ☐ होइन

यदि व्यक्ति 2 को उमेर 22 वर्ष वा कम भएमा कृपया निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्:

16. के व्यक्ति 2 को रोजगारका माध्यमबाट बिमा गरिएको र पछिल्लो 3 महिनामा गुमाउनु भएको हो? ☐ हो ☐ होइन

a. **यदि हो भने,** समाप्त मिति: _____ b. बिमा समाप्त भएको कारण: _____

17. के व्यक्ति 2 पूर्णकालीन विद्यार्थी हो? ☐ हो ☐ होइन

18. **यदि हिस्पानिक/ल्याटिनो, जाती (ऐच्छिक—लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्।)**

☐ मेक्सिकन ☐ मेक्सिकन अमेरिकन ☐ सिक्यानो/आ ☐ पुर्टो रिकन ☐ क्यूबान ☐ अन्य _____

19. **जाती (ऐच्छिक—लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्।)**

☐ वाइट
☐ ब्ल्याक वा अफ्रिकन अमेरिकन
☐ अमेरिकन इन्डियन वा अलास्का नेटिभ
☐ एसियन इन्डियन
☐ चाइनिज
☐ फिलिपिनो
☐ जापानिज
☐ कोरियन
☐ भेतनामिज
☐ अन्य एसियन
☐ नेटिभ हवायन
☐ ग्वामानियन वा चामोरो
☐ सामोअन
☐ अन्य प्यासिफिक आयलैंडर
☐ अन्य _____

अब, व्यक्ति 2 को कुनैपनि आयबारे हामीलाई पछाडि बताउनुहोस्।

आवेदन गर्नलाई सहायता चाहिएको छ? HealthCare.gov मा जानुहोस् अथवा हामीलाई **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। के तपाईं आवेदन अङ्ग्रेजी भाषामा चाहनुहुन्छ? कृपया **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिन्छ भने, **1-800-318-2596** मा कल गरेर ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिएको भाषा बताउनुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले **1-855-889-4325** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण 2: व्यक्ति 2

वर्तमान रोजगार तथा आयबारे जानकारी

☐ **रोजगार प्राप्त:** यदि व्यक्ति 2 हाल रोजगार प्राप्त भए, हामीलाई सो व्यक्तिको आयबारे बताउनुहोस्। प्रश्न 20 बाट शुरु गर्नुहोस्।

☐ **बेरोजगार:** प्रश्न 30 मा जानुहोस्।

☐ **स्व-रोजगार:** प्रश्न 29 मा जानुहोस्।

वर्तमान रोजगार 1:

20. नियोक्ताको नाम

a. नियोक्ताको ठेगाना

b. सहर	c. राज्य	d. ZIP कोड	21. नियोक्ताको फोन नम्बर
			( ) –

22. तलव/टिप्स (ट्याक्स नकटाइ) $ ☐ घण्टाको ☐ हप्ताको ☐ प्रत्येक 2 हप्ताको ☐ महिनामा दुई पटक ☐ मासिक ☐ वार्षिक

23. प्रत्येक हप्तामा काम गर्ने औसत घण्टा

वर्तमान रोजगार 2: (यदि व्यक्ति 2 ले धेरैवटा जागिर गर्ने भए, अर्को पाना कागज थप्नुहोस्)

24. नियोक्ताको नाम

a. नियोक्ताको ठेगाना

b. सहर	c. राज्य	d. ZIP कोड	25. नियोक्ताको फोन नम्बर
			( ) –

26. तलव/टिप्स (ट्याक्स नकटाइ) $ ☐ घण्टाको ☐ हप्ताको ☐ प्रत्येक 2 हप्ताको ☐ महिनामा दुई पटक ☐ मासिक ☐ वार्षिक

27. प्रत्येक हप्तामा काम गर्ने औसत घण्टा

28. **पछिल्लो वर्षमा, के व्यक्ति 2 ले:** ☐ रोजगार बदल्नुभयो ☐ काम छाड्नुभयो ☐ थोरै घण्टा काम गर्न थाल्नुभयो ☐ माथिको कुनैपनि होइन

29. **यदि व्यक्ति 2 स्वरोजगार भए, निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्:**

a. कामको किसिम:

b. यो महिना व्यक्ति 2 ले यस स्वरोजगारबाट कति खूद आय (व्यावसायिक खर्चहरू कटाएर हुने मुनाफा) पाउनु हुनेछ? $
(निर्देशनहरू हेर्नुहोस्)

30. **यो महिनाको अन्य आय:** लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्, साथै व्यक्ति 2 ले पाउने रकम र कति पटक पाउनु हुन्छ लेख्नुहोस्। कुनैपनि नभए यहाँ चिन्ह लगाउनुहोस्। ☐

टिप्पणी: तपाईंले हामीलाई व्यक्ति 2 को चाइल्ड सपोर्ट, भूतपूर्व सैनिक भुक्तान, वा परिपुरक सुरक्षा आय (SSI) का बारेमा बताउन आवश्यक छैन।

☐ बेरोजगार $ कति पटक? _____

☐ पेन्सन $ कति पटक? _____

☐ सामाजिक सुरक्षा $ कति पटक? _____

☐ रिटायरमेन्ट एकाउन्ट $ कति पटक? _____

☐ प्राप्त गरेको निर्वाह खर्च $ कति पटक? _____

☐ खेती/मत्स्यपालनबाट खूद $ कति पटक? _____

☐ भाडा रकम/रोयाल्टिबाट खूद $ कति पटक? _____

☐ अन्य आय किसिम: _____ $ कति पटक? _____

31. **कट्टा गरिने रकम:** लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्, साथै व्यक्ति 2 ले पाउने रकम र कति पटक पाउनु हुन्छ लेख्नुहोस्। यदि व्यक्ति 2 ले सङ्घीय आय ट्याक्स रिटर्नबाट घटाउन सकिने कुनै भुक्तान गर्नुहुन्छ भने, हामीलाई उक्त जानकारी दिएमा स्वास्थ्य बिमा सुविधाको खर्च केही कम हुन सक्छ।

टिप्पणी: तपाईंले पहिलानै आफ्नो जवाफमा खूद स्वरोजगार (प्रश्न 29b) का रूपमा उल्लेख गर्नुभएको खर्च जोड्नु हुँदैन।

☐ भुक्तान गरेको निर्वाह खर्च $ कति पटक? _____

☐ विद्यार्थी ऋण ब्याज $ कति पटक? _____

☐ अन्य कट्टा गरिने रकम किसिम: _____ $ कति पटक? _____

32. **वार्षिक आय:** **व्यक्ति 2 को आय हरेक महिना फरक पर्ने भएमा मात्र यो भर्नुहोस्।**
यदि व्यक्ति 2 को मासिक आयमा कुनै हेरफेर नहुने भएमा, अर्को व्यक्तिको लागि खण्डमा जानुहोस्।

व्यक्ति 2 को यो वर्षको कुल आय	व्यक्ति 2 को अर्को सालको कुल आय (यदि फरक हुन्छ जस्तो लागेमा)
$	$

धन्यवाद!

हामीलाई तपाईंको बारेमा यति मात्र जान्न आवश्यक छ।

आवेदन गर्नलाई सहायता चाहिएको छ? HealthCare.gov मा जानुहोस् अथवा हामीलाई **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। के तपाईं आवेदन अङ्ग्रेजी भाषामा चाहनुहुन्छ? कृपया **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिन्छ भने, **1-800-318-2596** मा कल गरेर ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिएको भाषा बताउनुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले **1-855-889-4325** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण 3 अमेरिकन इन्डियन वा अलास्का नेटिभ (AI/AN) परिवारको सदस्य(हरू)

1. **के तपाईं वा तपाईंको परिवारको कुनैपनि सदस्य अमेरिकन इन्डियन वा अलास्का नेटिभ हुनुहुन्छ?**

☐ होइन। **यदि होइन भने,** चरण 4 मा जानुहोस्।

☐ हो। **यदि हो भने,** परिशिष्ट B मा जानुहोस्।

चरण 4 तपाईंको परिवारको स्वास्थ्य बिमा सुविधा

स्वास्थ्य बिमा सुविधा चाहिने प्रत्येकका हकमा यी प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

1. **के हाल कसैको पनि निम्नबाट स्वास्थ्य बिमा सुविधा लिइएको छ?**

☐ हो। **यदि हो भने,** बिमा सुविधाको किसिममा चिन्ह लगाउनुहोस् र उनीहरूले पाउने बिमा सुविधाको छेउमा व्यक्ति (हरू) को नाम (हरू) लेख्नुहोस्। ☐ होइन।

☐ मेडिकेड _____

☐ CHIP _____

☐ पोलिसि नम्बर _____

☐ ट्राइकेयर (तपाईंको डिरेक्ट केयर वा लाईन अफ ड्यूटि भए चिन्ह न लगाउनुहोस्)

_____

☐ VA स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम _____

☐ पिस कोर _____

☐ नियोक्ता बिमा _____

स्वास्थ्य बिमाको नाम: _____

पोलिसि नम्बर: _____

के यो COBRA बिमा सुविधा हो? ☐ हो ☐ होइन

के यो अवकाशप्राप्त स्वास्थ्य योजना हो? ☐ हो ☐ होइन

☐ अन्य

स्वास्थ्य बिमाको अन्य नाम: _____

पोलिसि नम्बर: _____

के यो सीमित-सुविधा योजना (विद्यालय दुर्घटना नीति जस्तो) हो?

☐ हो ☐ होइन

2. **के यो आवेदनमा उल्लिखित कसैको रोजगारबाट स्वास्थ्य बिमा सुविधा प्रदान गरिएको छ?**

यदि बिमा सुविधा अन्य कसैको, जस्तै माता-पिता वा लोग्ने/स्वास्नीको रोजगारबाट भएपनि 'छ' मा चिन्ह लगाउनुहोस्।

☐ हो। **यदि हो भने,** तपाईंले परिशिष्ट A भरेर संलग्न गर्नुपर्छ। के यो राज्य कर्मचारी सुविधा योजना हो? ☐ हो ☐ होइन

☐ **होइन। यदि होइन भने, चरण 5 मा जानुहोस्।**

चरण 5 यो आवेदनलाई पढेर यसमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्।

- आफूले उपलब्ध विवरण झूटो वा गलत सावित भएमा आफू सजाय भोग्न तयार रहेको व्यक्त गर्दै म यो आवेदनमा हस्ताक्षर गर्दछु, अर्थात मेरो ज्ञानले जानेसम्म यस फारामको सम्पूर्ण प्रश्नहरूको साँचो जवाफहरू दिएको छु। यदि मैले जानि जानि वा झूटो वा गलत विवरण दिएको भएमा सङ्घीय कानून अन्तर्गत दण्ड भोग्नु पर्छ भन्ने मैले बुझेको छु।
- मैले यसै आवेदनमा उल्लेख गरेको कुनैपनि कुरामा केही हेरफेर भएमा (र हालको भन्दा फरक भएमा) मैले स्वास्थ्य बिमा बजारमा जानकारी गराउनु पर्छ भन्ने मलाई थाहा छ। कुनैपनि हेरफेरबारे सूचना दिनु पर्दा म HealthCare.gov मा जान सक्छु वा **1-800-318-2596** मा कल गर्न सक्छु। मेरो कुनैपनि विवरणमा केही हेरफेर भए यसले मेरो परिवारको सदस्य(हरू)को योग्यतामा असर गर्न सक्छ भन्ने मैले बुझेको छु।
- सङ्घीय कानून अन्तर्गत उमेर, जाति, वर्ण, लिङ्ग, भाषा, धर्म, राजनैतिक आस्था, लैङ्गिक अभिमुखीकरण, राष्ट्रियता वा राष्ट्रिय मूल वा अपाङ्गताका आधारमा भेदभाव गर्ने अनुमति छैन भन्ने मलाई थाहा छ। मैले भेदभाव विरुद्ध www.hhs.gov/ocr/office/file मा गएर उजुर गर्न सक्छु।
- यस फाराममा भएको मेरो विवरणलाई स्वास्थ्य बिमा सुविधाको लागि योग्यताको निर्णय गर्न मात्र गरिने र कानून अनुसार यसलाई गोपनीय राखिने छ भन्ने मलाई थाहा छ।
- यो आवेदनमा स्वास्थ्य बिमाका लागि आवेदन गर्ने कुनैपनि व्यक्ति कारावासमा (थुनामा वा कैदमा) छैन भन्ने म पुष्टि गर्दछु। अन्यथा, _____ कारावासमा छन्।
  (व्यक्तिको नाम)

यदि तपाईंले स्वास्थ्य बिमा सुविधाको लागि भुक्तान गर्ने सहायताका लागि आवेदन दिनुभएमा हामीलाई तपाईंको योग्यताबारे जाँच गर्न यो जानकारीको आवश्यकता पर्नेछ। हामी तपाईंको जवाफहरूलाई हाम्रो विद्युतीय डेटावेस तथा आन्तरिक राजस्व सेवा (IRS), सामाजिक सुरक्षा, गृह तथा सुरक्षा विभाग, र/वा उपभोक्ता सूचना निकायको डेटावेसहरूसँग मिलाएर जाँच गर्छौं। यदि विवरण मिलेन भने, हामीलाई हाम तपाईंलाई यसको प्रमाण उपलब्ध गर्न लगाउन सक्छौं।

चरण 5 (क्रमशः)

भविष्यका वर्षहरूमा बिमा सुविधा नवीकरण गर्ने

भविष्यका वर्षमा स्वास्थ्य बिमा सुविधाको भुक्तान गर्न सहायताका लागि मेरो योग्यताको निर्धारण गर्न सहज बनाउने उद्देश्यले, म बिमा बजारलाई ट्याक्स रिटर्नबाट प्राप्त जानकारी लगायतका आय विवरणको प्रयोग गर्ने अनुमति दिन सहमत भएको छु। कुनैपनि हेरफेर भए बिमा बजारले मलाई सूचना पठाएर सोको जानकारी गराउनेछ, र कुनैपनि समय म यसबाट पछि हट्न सक्छु।

हो, निम्न अनुसार आउने वर्षहरूमा मेरो योग्यता स्वतः नवीकरण गर्नुहोस्।

☐ 5 वर्ष (गर्न सकिने अधिकतम वर्ष), अथवा छोटो अवधि:

☐ 4 वर्ष ☐ 3 वर्ष ☐ 2 वर्ष ☐ 1 वर्ष ☐ मेरो बिमा सुविधा नवीट्याक्सण गर्न ट्याक्स रिटर्नबाट विवरणहरूको प्रयोग न गर्नुहोस्।

यदि यो आवेदनमा उल्लिखित कुनैपनि व्यक्ति मेडिकेडका लागि योग्य भए

- म मेडिकेड एजेन्सिलाई अन्य स्वास्थ्य बिमा, कानूनी भुक्तान, वा अन्य तेस्रो पक्षबाट कुनैपनि रकम माग गर्ने वा प्राप्त गर्न हाम्रो अधिकार प्रदान गर्दछु। म मेडिकेड एजेन्सिलाई लोग्ने/स्वास्नी वा माता-पिताबाट चिकित्सा सहयोग माग गर्ने वा प्राप्त गर्न हाम्रो अधिकार प्रदान गर्दछु।
- के यो आवेदनमा भएको कुनैपनि बच्चाको माता-पिता घर देखि टाढा बस्छन्? ☐ हो ☐ होइन
- यदि हो भने, अनुपस्थित रहेको माता-पिताबाट चिकित्सा सहयोग सङ्कलन गर्ने निकायको सहयोग लिइने छ भन्ने मलाई थाहा छ। यदि चिकित्सा सहयोग सङ्कलन गर्ने क्रममा सहयोग गर्नाले म वा मेरो बच्चाहरूलाई हानि पुग्छ भन्ने लागेमा, म मेडिकेडलाई यसबारे भन्न सक्छु र मैले सहयोग नगर्न पनि सक्छु।

मेरो योग्यताको निर्णय गलत भएको जस्तो लागेमा मैले के गर्नु पर्छ?

यदि तपाईं आफू योग्य भएको कुराहरूमा सहमत हुनुहुन्न भने, धेरैजसो अवस्थामा, तपाईंले अपील गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको परिवारको हरेक सदस्यका सम्बन्धमा, तपाईंले अपील कति दिनमा गर्नुपर्छ भन्ने लगायतका अपील निर्देशनहरू हेर्न कृपया तपाईंको योग्यताको सूचनामा हेर्नुहोस्। तल अपीलको अनुरोध गर्दा ध्यान दिनुपर्ने महत्वपूर्ण जानकारी दिइएको छ:

- यदि तपाईंले चाहेमा आफ्नो अपील अन्य कसैबाट गराउन वा यसमा सहभागी गराउन सक्नुहुन्छ। उक्त व्यक्ति साथी, आफन्त, वकील, वा अन्य व्यक्ति पनि हुन सक्छ। अथवा, तपाईं आफैँ आफ्नो अपीलको अनुरोध गर्न वा यसमा सहभागी हुन सक्नुहुन्छ।
- यदि तपाईंले अपीलको अनुरोध गर्नु भएमा, तपाईंको अपीलको निर्णय बाँकी रहेसम्म बिमा सुविधामा आफ्नो योग्यता कायम राख्न सक्नुहुन्छ।
- अपीलको परिणाम स्वरूप तपाईंको परिवारको अन्य सदस्यहरूको योग्यता बदल्न सक्छ।

तपाईंको बिमा बजार योग्यताको निर्णयबारे अपील गर्न, **HealthCare.gov/marketplace** मा गएर आफ्नो बिमा बजार एकाउन्टमा लग गर्नुहोस् अथवा **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले **1-855-889-4325** मा कल गर्नु पर्छ। तपाईंले अपील अनुरोध फाराम वा अपीलको अनुरोध गर्दै **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750 मा पत्र पठाउन पनि सक्नुहुन्छ। तपाईंले बिमा बजारबाट स्वास्थ्य बिमा सुविधा खरिद गर्ने योग्यताबारे, सहभागी रहेको अवधि, यदि तपाईंलाई यी सुविधा अस्वीकृत गरिएको भएमा ट्याक्स क्रेडिट, कस्ट-शेयरिङ कटौती, मेडिकेड, तथा CHIP, बारे अपील गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईं ट्याक्स क्रेडिट वा कस्ट-शेयरिङ कटौतीका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, हामीले तपाईं योग्य हुनुहुन्छ भनेर निर्धारण गरेको रकमबारे तपाईंले अपील गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको अवस्थाका आधारमा, तपाईंले बिमा बजारका माध्यमबाट अपील गर्न सक्नुहुन्छ अथवा तपाईंले राज्य मेडिकेड वा CHIP एजेन्सिमा अपील गर्न सक्नुहुन्छ।

यो आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्। चरण 1 भर्ने व्यक्तिले यो आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। यदि तपाईं आधिकारिक प्रतिनिधि हुनुहुन्छ भने, तपाईंले परिशिष्ट C मा आवश्यक विवरणहरू उपलब्ध गराउनु भएको छ भने तपाईंले यहाँ हस्ताक्षर गर्न सक्नुहुन्छ।

हस्ताक्षर	मिति (महिना/दिन/साल)
	/ /

चरण 6 पूरा भरिएको आवेदन पठाउनुहोस्।

हस्ताक्षर सहित आवेदन निम्न ठेगानामा पठाउनुहोस्:

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

यदि तपाईं मतदान गर्न दर्ता गर्न चाहनुहुन्छ भने, तपाईंले usa.gov मा गएर एउटा मतदाता नामावली दर्ता फाराम भर्न सक्नुहुन्छ।

PRA डिसक्लोजर स्टेटमेन्ट

पेपरवर्क रिडक्शन एक्ट 1995 अनुसार, विवरणहरू सङ्कलन गर्दा मान्य OMB कन्ट्रोल नम्बर नदेखिएसम्म कुनैपनि व्यक्तिले यी विवरणहरू दिन आवश्यक छैन। यस सूचना सङ्कलनको मान्य OMB कन्ट्रोल नम्बर 0938-1191 हो। यो सूचना सङ्कलनमा विवरणहरू बुझाउन निर्देशनहरू हेर्ने, उपलब्ध सूचना स्रोतहरू खोज्ने, आवश्यक सूचना जम्मा गर्ने, र सूचना सङ्कलन कार्य पूरा गर्ने र पुनरावलोकन गर्ने समय लगायत जम्मा समय औसत 45 मिनट लाग्ने अनुमान गरिएको छ। यदि उक्त अनुमानबारे तपाईंको कुनै टिप्पणी भए अथवा फाराममा सुधार ल्याउने कुनै सुझाव भए, कृपया हामीलाई पत्र लेख्नुहोस्: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

पुरा रगर्नुहोस्ओ यो आवेदन होइन।

परिशिष्ट A

फाराम स्विकृत भयो
OMB No. 0938-1191

रोजगारबाट स्वास्थ्य बिमा सुविधा

परिवारको कुनै सदस्य रोजगारबाट स्वास्थ्य बिमा सुविधा पाउन योग्य **नभएसम्म** तपाईंले यी प्रश्नहरूको जवाफ **दिनु पर्दैन**। बिमा सुविधा प्राप्त हुने हरेक रोजगारका हकमा यस पृष्ठको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस्।

बिमा सुविधा प्रदान गर्ने रोजगारका बारेमा बताउनुहोस्।

यी प्रश्नहरूको जवाफमा सहायताका लागि अर्को पृष्ठमा भएको नियोक्ता बिमा सुविधा साधन बिमा सुविधा प्रदान गर्ने नियोक्ताकहाँ लानुहोस्। तपाईंले आवेदन पठाउँदा मात्र यो पृष्ठ संलग्न गर्नु पर्छ, नियोक्ता बिमा सुविधा साधन होइन।

कर्मचारीबारे विवरण

1. कर्मचारीको नाम (नाम, बीचको नाम, थर)	2. कर्मचारीको सामाजिक सुरक्षा सङ्ख्या
	- -

नियोक्ताबारे विवरण

3. नियोक्ताको नाम	4. नियोक्ता परिचय संख्या (EIN)	
	-	
5. नियोक्ताको ठेगाना	6. नियोक्ताको फोन नम्बर	
	( ) –	
7. सहर	8. राज्य	9. ZIP कोड
10. यो रोजगारको कर्मचारी स्वास्थ्य बिमा सुविधाका सम्बन्धमा हामीले कसलाई सम्पर्क गर्नु पर्छ?		
11. फोन नम्बर (यदि माथिको भन्दा अलग भए)	12. इमेल ठेगाना	
( ) –		

13. **के तपाईं हाल यस नियोक्ताद्वारा प्रदान गरिने बिमा सुविधाका लागि योग्य हुनुहुन्छ, अथवा आउने 3 महिनामा योग्य हुनु हुनेछ?**

☐ **हो** (अगाडि बढ्नुहोस्)

13a. **यदि तपाईं प्रतीक्षा वा परीक्षण कालमा हुनुहुन्छ भने, तपाईंले बिमा सुविधामा कहिले प्रवेश गर्न सक्नुहुन्छ?** (महिना/दिन/साल)

/ /

यस रोजगारबाट बिमा सुविधाका लागि योग्य हुने अन्य कुनैपनि व्यक्तिहरूको नाम दिनुहोस्।

नाम: नाम: नाम:

☐ **होइन** (यहाँ रोकिनुहोस् र आवेदनको चरण 5 मा जानुहोस्)

यस नियोक्ताद्वारा प्रदान गरिने स्वास्थ्य योजनाबारे हामीलाई बताउनुहोस्।

14. के नियोक्ताले मिनिमम भ्याल्यू स्ट्यान्डर्ड* पूर्ति गर्ने स्वास्थ्य योजना प्रदान गर्छ? ☐ हो ☐ होइन

15. **कर्मचारीलाई मात्र** (परिवार योजना सामेल गर्नुहोस्) प्रदान गरिने मिनिमम भ्याल्यू स्ट्यान्डर्ड* पूर्ति गर्ने न्यूनतम-मूल्य योजनाका लागि: यदि नियोक्ता वेलनेस प्रोग्राम अन्तर्गत पर्छ भने, यदि कर्मचारीले धूम्रपान त्याग कार्यक्रमका लागि अधिकतम छूट पाउने भए, र वेलनेस प्रोग्राम अन्तर्गत अन्य कुनैपनि छूट पाएको छैन भने उसले भुक्तान गर्ने प्रिमियम उल्लेख गर्नुहोस्।

a. यस योजनाको प्रिमियमका लागि कर्मचारीले कति भुक्तान गर्नु पर्छ? $

b. कति पटक? ☐ हप्ताको ☐ प्रत्येक 2 हप्ताको ☐ महिनामा दुई पटक ☐ महिनामा एक पटक ☐ त्रैमासिक ☐ वार्षिक

16. नियोक्ताले नयाँ योजना वर्षमा के परिवर्तन (यदि थाहा भए) गर्नेछ?

☐ नियोक्ताले स्वास्थ्य बिमा सुविधा प्रदान गर्ने छैन

☐ नियोक्ताले कर्मचारीहरूलाई स्वास्थ्य बिमा सुविधा प्रदान गर्न शुरु गर्नेछ अथवा मिनिमम भ्याल्यू स्ट्यान्डर्ड.* पूर्ति गर्ने कर्मचारीलाई मात्र उपलब्ध हुने न्यूनतम-मूल्य योजना अनुसार प्रिमियममा हेरफेर गर्नेछ (प्रिमियममा वेलनेस प्रोग्रामको छूट देखिनु पर्छ। प्रश्न 15 हेर्नुहोस्)

a. यस योजनाको प्रिमियमका लागि कर्मचारीले कति भुक्तान गर्नु पर्छ? $

b. कति पटक? ☐ हप्ताको ☐ प्रत्येक 2 हप्ताको ☐ महिनामा दुई पटक ☐ महिनामा एक पटक ☐ त्रैमासिक ☐ वार्षिक

c. परिवर्तन भएको मिति (महिना/दिन/साल): / /

*योजना अन्तर्गत प्राप्त हुने कुल अनुमति प्राप्त सुविधा खर्चमा यदि योजनाको हिस्सा यो खर्चको 60 प्रतिशत भन्दा कम छैन भने नियोक्ता-प्रायोजित स्वास्थ्य योजनाले "मिनिमम भ्याल्यू स्ट्यान्डर्ड" पूर्ति गरेको हुन्छ (खण्ड 36B(c)(2)(C)(ii) आन्तरिक राजस्व कोड of 1986)

आवेदन गर्नलाई सहायता चाहिएको छ? HealthCare.gov मा जानुहोस् अथवा हामीलाई **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। के तपाईं आवेदन अङ्ग्रेजी भाषामा चाहनुहुन्छ? कृपया **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिन्छ भने, **1-800-318-2596** मा कल गरेर ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिएको भाषा बताउनुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले **1-855-889-4325** मा कल गर्नुपर्छ।

पुरा रगर्नुहोस्ओ यो आवेदन होइन।

नियोक्ता बिमा सुविधा साधन

Health Insurance Marketplace
फाराम स्विकृत भयो
OMB No. 0938-1191

परिशिष्ट A मा तपाईंको बिमा बजार आवेदनको प्रश्नहरूको जवाफमा सहायताका लागि यो साधनको प्रयोग गर्नुहोस्। आवेदनको उक्त भागमा तपाईं योग्य भएको कुनैपनि नियोक्ता स्वास्थ्य बिमा सुविधाबारे प्रश्नहरू सोधिएको छ (अर्को व्यक्ति, जस्तै माता-पिता वा लोग्ने/स्वास्नीको रोजगारबाट भएपनि)। तल सङ्ख्या दिइएको कोठामा भएको विवरण परिशिष्ट A को कोठाहरूसँग मिल्छ। उदाहरणको लागि, परिशिष्ट A को प्रश्न 14 को जवाफ दिन तपाईंले यस पृष्ठको प्रश्न 14 को जवाफलाई प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। **तपाईंको नाम तथा सामाजिक सुरक्षा सङ्ख्या कोठा 1 तथा 2 मा लेख्नुहोस् र नियोक्तालाई फारामको बाँकी भाग भर्न लगाउनुहोस्। तपाईं योग्य हुने स्वास्थ्य बिमा सुविधा प्रदान गर्ने प्रत्येक नियोक्ताको हकमा एउटा साधन पूरा गर्नुहोस्।**

कर्मचारीबारे विवरण

कर्मचारीले यो खण्ड भर्नु पर्छ।

1. कर्मचारीको नाम (नाम, बीचको नाम, थर)	2. सामाजिक सुरक्षा सङ्ख्या
	- -

नियोक्ताबारे विवरण

यो विवरणका लागि **नियोक्ताला**ई भन्नुहोस्।

3. नियोक्ताको नाम	4. नियोक्ता परिचय संख्या (EIN) -
5. नियोक्ताको ठेगाना	6. नियोक्ताको फोन नम्बर ( ) –
7. सहर	8. राज्य / 9. ZIP कोड
10. यो रोजगारको कर्मचारी स्वास्थ्य बिमा सुविधाका सम्बन्धमा हामीले कसलाई सम्पर्क गर्नु पर्छ?	
11. फोन नम्बर (यदि माथिको भन्दा अलग भए) ( ) –	12. इमेल ठेगाना

13. **के कर्मचारी हाल यस नियोक्ताद्वारा प्रदान गरिने बिमा सुविधाका लागि योग्य हुनुहुन्छ, अथवा कर्मचारी आउने 3 महिनामा योग्य हुनु हुनेछ?**

☐ **हो** (प्रश्न 13a मा जानुहोस्।)

13a. यदि कर्मचारी हाल योग्य नभए, प्रतीक्षा वा परीक्षण काल आदि कारणलाई ध्यानमा राखेर, कर्मचारी बिमा सुविधाका लागि कहिले योग्य हुनु हुनेछ?

_____ (महिना/दिन/साल) (अर्को प्रश्नमा जानुहोस्)

☐ **होइन** (रोकिनुहोस् र यो फाराम कर्मचारीलाई बुझाउनुहोस्)

यस नियोक्ताद्वारा प्रदान गरिने **स्वास्थ्य योजना**बारे हामीलाई बताउनुहोस्।

के नियोक्ताले कर्मचारीको लोग्ने/स्वास्नी वा निर्भर व्यक्तिलाई पनि सुरक्षा दिने स्वास्थ्य योजना प्रदान गर्छ?

☐ हो। कसलाई? ☐ लोग्ने/स्वास्नी ☐ निर्भर व्यक्ति (हरू)

☐ होइन

(प्रश्न 14 मा जानुहोस्।)

14. के नियोक्ताले मिनिमम भ्याल्यू स्ट्यान्डर्ड* पूर्ति गर्ने स्वास्थ्य योजना प्रदान गर्छ?

☐ हो (प्रश्न 15 मा जानुहोस्।) ☐ होइन (रोकिनुहोस् र यो फाराम कर्मचारीलाई बुझाउनुहोस्)

15. **कर्मचारीलाई मात्र** (परिवार योजना सामेल गर्नुहोस्) प्रदान गरिने मिनिमम भ्याल्यू स्ट्यान्डर्ड* पूर्ति गर्ने न्यूनतम-मूल्य योजनाका लागि: यदि नियोक्ता वेलनेस प्रोग्राम अन्तर्गत पर्छ भने, यदि कर्मचारीले धूम्रपान त्याग कार्यक्रमका लागि अधिकतम छूट पाउने भए, र वेलनेस प्रोग्राम अन्तर्गत अन्य कुनैपनि छूट पाएको छैन भने उसले भुक्तान गर्ने प्रिमियम उल्लेख गर्नुहोस्।

a. यस योजनाको प्रिमियमका लागि कर्मचारीले कति भुक्तान गर्नु पर्छ? $

b. कति पटक? ☐ हप्ताको ☐ प्रत्येक 2 हप्ताको ☐ महिनामा दुई पटक ☐ महिनामा एक पटक ☐ त्रैमासिक ☐ वार्षिक (अर्को प्रश्नमा जानुहोस्)

यदि योजना वर्ष चाँडै समाप्त हुने भएमा र उपलब्ध स्वास्थ्य योजनामा हेरफेर हुनेछ भन्ने तपाईंलाई थाहा भए, प्रश्न 16 मा जानुहोस्। तपाईंलाई थाहा नभए, रोकिनुहोस् र यो फाराम कर्मचारीलाई दिनुहोस्।

16. नियोक्ताले नयाँ योजना वर्षमा के परिवर्तन गर्नेछ?

☐ नियोक्ताले स्वास्थ्य बिमा सुविधा प्रदान गर्ने छैन

☐ नियोक्ताले कर्मचारीहरूलाई स्वास्थ्य बिमा सुविधा प्रदान गर्न शुरु गर्नेछ अथवा मिनिमम भ्याल्यू स्ट्यान्डर्ड.* पूर्ति गर्ने कर्मचारीलाई मात्र उपलब्ध हुने न्यूनतम-मूल्य योजना अनुसार प्रिमियममा हेरफेर गर्नेछ। (प्रिमियममा वेलनेस प्रोग्रामको छूट देखिनु पर्छ। प्रश्न 15 हेर्नुहोस्)

a. उक्त योजनाको प्रिमियमका लागि कर्मचारीले कति भुक्तान गर्नु पर्छ? $

b. कति पटक? ☐ हप्ताको ☐ प्रत्येक 2 हप्ताको ☐ महिनामा दुई पटक ☐ महिनामा एक पटक ☐ त्रैमासिक ☐ वार्षिक

c. परिवर्तन भएको मिति (महिना/दिन/साल): / /

*योजना अन्तर्गत प्राप्त हुने कुल अनुमति प्राप्त सुविधा खर्चमा यदि योजनाको हिस्सा यो खर्चको 60 प्रतिशत भन्दा कम छैन भने नियोक्ता-प्रायोजित स्वास्थ्य योजनाले "मिनिमम भ्याल्यू स्ट्यान्डर्ड" पूर्ति गरेको हुन्छ (खण्ड 36B(c)(2)(C)(ii) आन्तरिक राजस्व कोड of 1986)

आवेदन गर्नलाई सहायता चाहिएको छ? HealthCare.gov मा जानुहोस् अथवा हामीलाई **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। के तपाईं आवेदन अङ्ग्रेजी भाषामा चाहनुहुन्छ? कृपया **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिन्छ भने, **1-800-318-2596** मा कल गरेर ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिएको भाषा बताउनुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले **1-855-889-4325** मा कल गर्नुपर्छ।

पुरा रगर्नुहोस्ओ यो आवेदन होइन।

परिशिष्ट B

फाराम स्विकृत भयो
OMB No. 0938-1191

अमेरिकन इन्डियन वा अलास्का नेटिभ परिवारको सदस्य (AI/AN)

यदि तपाईं अथवा कुनै परिवारको सदस्य अमेरिकन इन्डियन वा अलास्का नेटिभ हुनुहुन्छ भने यो फाराम भर्नुहोस्। यसलाई तपाईंको स्वास्थ्य बिमा सुविधा तथा खर्च भुक्तान गर्न सहायताको लाग आवेदनसँग बुझाउनुहोस्।

तपाईंको अमेरिकन इन्डियन वा अलास्का नेटिभ परिवारको सदस्य (AI/AN) का बारेमा हामीलाई बताउनुहोस्।

अमेरिकन इन्डियन तथा अलास्का नेटिभहरूले इन्डियन स्वास्थ्य सेवा, जनजाती स्वास्थ्य कार्यक्रम, वा अर्बन इन्डियन स्वास्थ्य कार्यक्रमबाट सेवा प्राप्त गर्न सक्छन्। उनीहरूले कस्ट शेयरिङ् अनुसार भुक्तान पनि गर्नु नपर्न सक्छ साथै विशेष मासिक सहभागी रहेको अवधिको सुविधा पनि पाउन सक्छन्। तपाईंको परिवारलाई सम्भव भएको सबभन्दा राम्रो सहायता दिलाउन निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

टिप्पणी: यदि तपाईंले धेरै व्यक्तिहरूलाई समावेश गर्नुपर्छ भने, यो पृष्ठको प्रतिलिपि बनाएर थप्नुहोस्।

	AI/AN व्यक्ति 1	AI/AN व्यक्ति 2
1. नाम (नाम, बीचको नाम, थर)	नाम बीचको नाम थर	नाम बीचको नाम थर
2. सङ्घीय मान्यताप्राप्त जनजातीको सदस्य?	☐ हो **यदि हो भने,** जनजातीको नाम ☐ होइन	☐ हो **यदि हो भने,** जनजातीको नाम ☐ होइन
3. के उक्त व्यक्तिले कुनैपनि बेला इन्डियन स्वास्थ्य सेवा, जनजाती स्वास्थ्य कार्यक्रम, वा अर्बन इन्डियन स्वास्थ्य कार्यक्रमबाट, वा यी कुनै कार्यक्रमको सिफारिसबाट सेवा प्राप्त गरेको हो?	☐ हो ☐ होइन **यदि होइन भने,** के उक्त व्यक्ति इन्डियन स्वास्थ्य सेवा, जनजाती स्वास्थ्य कार्यक्रम, वा अर्बन इन्डियन स्वास्थ्य कार्यक्रमबाट, वा यी कुनै कार्यक्रमको सिफारिसबाट सेवा प्राप्त गर्न योग्य छन्? ☐ हो ☐ होइन	☐ हो ☐ होइन **यदि होइन भने,** के उक्त व्यक्ति इन्डियन स्वास्थ्य सेवा, जनजाती स्वास्थ्य कार्यक्रम, वा अर्बन इन्डियन स्वास्थ्य कार्यक्रमबाट, वा यी कुनै कार्यक्रमको सिफारिसबाट सेवा प्राप्त गर्न योग्य छन्? ☐ हो ☐ होइन
4. प्राप्त गरेको कुनै कुनै रकम मेडिकेड वा बाल स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम (CHIP) मा गणना नहुन पनि सक्छ। तपाईंको आवेदनमा उल्लेख गर्नुभएको निम्न स्रोतबाट प्राप्त कुनैपनि आय (रकम र कति पटक) बारे उल्लेख गर्नुहोस्: • प्राकृतिक स्रोत, उपयोग अधिकार, भाडा, वा रोयल्टिबाट आउने जनजातीबाट प्राप्त प्रति व्यक्ति भुक्तान • प्राकृतिक स्रोत, खेती, पशुपालन, मत्स्यपालन, भाडा, वा आन्तरिक विभाग (आरक्षण तथा भूतपूर्व आरक्षण समेत) द्वारा इन्डियन ट्रस्ट ल्यान्ड भनेर निर्धारण गरिएको जमिनको रोयल्टिहरूबाट प्राप्त भुक्तानहरू • सांस्कृतिक महत्व भएको वस्तुहरू बेचेर प्राप्त रकमहरू	$ कति पटक? _____	$ कति पटक? _____

आवेदन गर्नलाई सहायता चाहिएको छ? HealthCare.gov मा जानुहोस् अथवा हामीलाई **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। के तपाईं आवेदन अङ्ग्रेजी भाषामा चाहनुहुन्छ? कृपया **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिन्छ भने, **1-800-318-2596** मा कल गरेर ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिएको भाषा बताउनुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले **1-855-889-4325** मा कल गर्नुपर्छ।

पुरा रगर्नुहोस्ओ यो आवेदन होइन।

परिशिष्ट C

फाराम स्विकृत भयो
OMB No. 0938-1191

यो आवेदन भर्नका लागि सहायता

तपाईंले एकजना आधिकारिक प्रतिनिधि चयन गर्न सक्नुहुन्छ
तपाईंले यस आवेदनका बारेमा तपाईंको आवेदनका विषयमा जानकारी प्राप्त गर्ने र तपाईंको तर्फबाट आवेदनमा हस्ताक्षर गर्ने लगायतका तपाईंको विवरणहरू हेर्न, र यसै आवेदनसँग सम्बन्धीत विषयमा तपाईंको तर्फबाट काम गर्न हामीसँग कुरा गर्न एकजना भरपर्दो व्यक्तिको नाम दिन सक्नुहुन्छ। यस व्यक्तिलाई "आधिकारिक प्रतिनिधि" भनिन्छ। यदि तपाईंले आफ्नो आधिकारिक प्रतिनिधि बदल्नु पर्ने भएमा, बिमा बजारमा सम्पर्क गर्नुहोस्। यदि तपाईं यसै आवेदनका लागि कसैको तर्फबाट कानूनी रूपमा नियुक्त प्रतिनिधि हुनुहुन्छ भने, यो आवेदनसँगै सोको प्रमाण पनि बुझाउनुहोला।

1. आधिकारिक प्रतिनिधिको नाम (नाम, बीचको नाम, थर)

2. ठेगाना

3. अपार्टमेन्ट वा स्वीट नम्बर

4. सहर

5. राज्य

6. ZIP कोड

7. फोन नम्बर
( ) –

8. संस्थानको नाम

9. ID नम्बर (यदि लागु भए)

आफ्नो हस्ताक्षर गरेर, तपाईं उक्त व्यक्तिलाई तपाईंको आवेदनमा हस्ताक्षर गर्न, यो आवेदन सम्बन्धी आधिकारिक जानकारी प्राप्त गर्न, र भविष्यका तपाईंका तर्फबाट यस आवेदन सम्बन्धी सम्पूर्ण कारबाही गर्ने अनुमति प्रदान गर्नु हुनेछ।

10. तपाईंको हस्ताक्षर

11. मिति (महिना/दिन/साल)
/ /

प्रमाणित आवेदन परामर्शदाता, नेभिगेटर, एजेन्ट, तथा ब्रोकरहरूका लागि मात्र।
यदि तपाईं कसैको तर्फबाट यो आवेदन भर्ने कुनै प्रमाणित आवेदन परामर्शदाता, नेभिगेटर, एजेन्ट, वा ब्रोकर हुनुहुन्छ भने यो खण्ड भर्नुहोस्।

1. आवेदन शुरु मिति (महिना/दिन/साल)
/ /

2. नाम, बीचको नाम, थर, र सफिक्स

3. संस्थानको नाम

4. ID नम्बर (यदि लागु भए)

5. एजेन्ट/ब्रोकर मात्र: NPN नम्बर

आवेदन गर्नलाई सहायता चाहिएको छ? HealthCare.gov मा जानुहोस् अथवा हामीलाई **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। के तपाईं आवेदन अङ्ग्रेजी भाषामा चाहनुहुन्छ? कृपया **1-800-318-2596** मा कल गर्नुहोस्। यदि तपाईंलाई अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषामा सहयोग चाहिन्छ भने, **1-800-318-2596** मा कल गरेर ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई आफूलाई चाहिएको भाषा बताउनुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले **1-855-889-4325** मा कल गर्नुपर्छ।