



Դիմում առողջապահական ապահովագրության և օգնություն ծախսերի վճարման համար

➡ Դիմե՛ք ավելի արագ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կայքում



Օգտագործե՛ք այս հավելվածը՝ պարզելու համար, թե ինչ ապահովագրական ծածկույթի եք համապատասխանում

- Marketplace-ի ապահովագրական ծրագրեր, որոնք առաջարկում են համապարփակ ծածկույթ՝ օգնելու Ձեզ առողջ մնալ:
- Հարկային սուբսիդիա, որը կարող է անմիջապես օգնել նվազեցնել առողջության ապահովագրության Ձեր ապահովագրավճարները:
- Անվճար կամ էժան ապահովագրական ծածկույթ Medicaid-ի կամ Երեխաների առողջության ապահովագրության ծրագրի (CHIP) միջոցով: **Եկամտի որոշակի մակարդակներ ունեցողները կարող են դիտարկվել անվճար կամ էժան ծրագրերի համար:**



Ո՞վ կարող է օգտագործել այս հայտադիմումը:

- Օգտագործե՛ք այս հայտադիմումը՝ Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկի համար դիմելու համար:
- **Դիմե՛ք, նույնիսկ եթե Դուք, Ձեր ամուսինը կամ Ձեր երեխան արդեն առողջապահական ապահովագրություն ունեք:** Դուք կարող եք իրավասու լինել անվճար կամ ավելի ցածր գնով ապահովագրական ծածկույթի համար:
- Եթե միայնակ եք, կարող եք օգտագործել կարճ ձևաթուղթ: Այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov):
- Այն տնային տնտեսությունները, որոնք ներառում են իրավասու ներգաղթյալներ, կարող են դիմել: Դուք կարող եք դիմել Ձեր երեխայի համար, նույնիսկ եթե Դուք իրավասու չեք ապահովագրության համար: Դիմելը չի ազդի Ձեր՝ ներգաղթյալին կարգավիճակի կամ մշտական բնակության իրավունք ունեցող անձ կամ քաղաքացի դառնալու հնարավորությունների վրա:
- Եթե ինչ-որ մեկն օգնում է Ձեզ լրացնել այս հայտադիմումը, ապա հարկավոր է, որ Դուք լրացնեք Հավելված C-ն:



Այն, ինչ Ձեզ կարող է անհրաժեշտ լինել դիմելու համար

- Սոցիալական ապահովության համարներ (SSNs) (կամ փաստաթղթերի համարներ ցանկացած իրավասու ներգաղթյալների համար, ովքեր ապահովագրության կարիք ունեն):
- Գործատուի և Եկամտի մասին տեղեկություններ Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամների համար (օրինակ՝ աշխատավարձի մուտքերի մասին տեղեկագրերից, W-2 ձևերից կամ աշխատավարձի և հարկային դեկլարացիաներից):
- Ապահովագրական պայմանագրի համարները ցանկացած ընթացիկ առողջության ապահովագրության համար:
- Տեղեկություններ Ձեր ընտանիքի համար հասանելի ցանկացած աշխատանքային առողջության ապահովագրության մասին:



Ինչու՞ եմք մենք հարցնում այս տեղեկատվությունը:

Մենք հարցնում ենք Եկամտի և այլ տեղեկությունների մասին, որպեսզի Ձեզ տեղեկացնենք, թե ինչ ապահովագրության համար եք համապատասխանում, և արդյոք կարող եք որևէ օգնություն ստանալ դրա համար վճարելու համար: **Մենք զաղտնի և ապահով կպահենք Ձեր տրամադրած բոլոր տեղեկությունները, ինչպես պահանջվում է օրենքով:** Գաղտնիության մասին օրենքի դրույթի (Privacy Act Statement) համար այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ ստուգե՛ք իրահանգները:



Ինչ է տեղի ունենում հաջորդիվ:

Պահելու համար պատճենեք, այնուհետև ուղարկե՛ք Ձեր ամբողջական, ստորագրված հայտադիմումը ել 10-ի հասցեին: **Եթե Դուք չունեք մեր պահանջած ողջ տեղեկատվությունը, ամեն դեպքում ստորագրե՛ք և ներկայացրե՛ք Ձեր հայտադիմումը:** Մենք Ձեզ հետ կապի դուրս կգանք 1-2 շաբաթվա ընթացքում, և հնարավոր է, որ Դուք Marketplace-ից զանգ ստանաք, եթե մենք լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունենանք: Ձեր հայտադիմումը մշակելուց հետո փոստով կստանաք իրավասության ծանուցում: Եթե մեզնից լուր չստանաք, դիմե՛ք Marketplace-ի զանգերի կենտրոնին: Այս հայտադիմումը լրացնելը չի նշանակում, որ Դուք ստիպված եք գնեք առողջապահական ծածկույթ:



Ստացե՛ք այս հայտադիմումի հետ կապված օգնություն

- **Առցանց.** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կայքում:
- **Հեռախոսով.** Չանգահարե՛ք Marketplace-ի զանգերի կենտրոն 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող են զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:
- **Անձամբ.** Ձեր տարածքում կարող են լինել օգնականներ, ովքեր կարող են օգնել: Այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարե՛ք Marketplace-ի զանգերի կենտրոն 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
- **Այլ լեզուներ.** Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք 1-800-318-2596 և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք:

Դուք իրավունք ունեք ստանալ Ձեր տեղեկատվությունը մատչելի ձևաչափով, օրինակ՝ խոշոր տպագիր տառաչափով, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո տարբերակով: Դուք նաև իրավունք ունեք բողոք ներկայացնելու, եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել: Այցելե՛ք [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice) կամ զանգահարե՛ք 1-800-318-2596: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:

This product was produced at U.S. taxpayer expense.
Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health & Human Services.



HealthCare.gov



Տպե՛ք մեծատառերով միայն սև կամ մուգ կապույտ թանաքով:
Շրջանակները լրացրե՛ք (○) հետևյալ կերպ → ●:

Քայլ 1. Պատմե՛ք մեզ Ձեր մասին:

(Մեզ անհրաժեշտ է ընտանիքում 1 չափահաս, որպեսզի նա լինի Ձեր հայտադիմումի կոնտակտային անձը:)

1. Անուն		Միջնանուն		Ազգանուն		Ազգանվանը տրվող վերջավորություն	
2. Տան հասցեն (եթե չունեք, դատարկ թողե՛ք:)						3. Տան հասցե 2	
4. Զաղաք		5. Նահանգ		6. Փոստային ինդեքս		7. Շրջան	
8. Փոստային հասցե (եթե տարբերվում է տան հասցեից)						9. Փոստային հասցե 2	
10. Զաղաք		11. Նահանգ		12. Փոստային ինդեքս		13. Շրջան	
14. Հեռախոսահամար				15. Երկրորդ հեռախոսահամար			
16. Ցանկանա՞մ եք տեղեկություններ ստանալ այս հայտադիմումի մասին Էլ. փոստով:..... ☐ Այո ☐ Ոչ							
Էլ. փոստ							
17. Նախընտրելի լեզու		Գրավոր				Խոսակցական	

Քայլ 2. Պատմե՛ք մեզ Ձեր ընտանիքի մասին:

Ո՞ւմ պետք է ներառեք այս հայտադիմումում:

Լրացրե՛ք Քայլ 2-ի Էջերը Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անձի համար, նույնիսկ եթե անձն արդեն ունի առողջապահական ապահովագրություն: Այս հայտադիմումի տեղեկատվությունը մեզ օգնում է համոզվել, որ բոլորը ստանում են իրենց համար հնարավոր լավագույն ապահովագրական ծածկույթը: Օգնության չափը կամ ծրագրի տեսակը, որին Դուք համապատասխանում եք, հիմնված է Ձեր ընտանիքի մարդկանց թվի և Ձեր ընտանիքի եկամուտների վրա: Եթե որևէ մեկին չներառեք, նույնիսկ եթե նա արդեն ունի առողջապահական ապահովագրություն, Ձեր իրավասության արդյունքները կարող են տուժել:

Ապահովագրական ծածկույթի կարիք ունեցող մեծահասակների համար

Ներառե՛ք այս մարդկանց, **նույնիսկ եթե նրանք ինքները չեն դիմում առողջության ապահովագրության համար:**

- Ամուսին.
- 21 տարեկանից ցածր ցանկացած երեխա, որի հետ նրանք ապրում են՝ ներառյալ խորթ երեխաները:
- Ցանկացած այլ անձ, որը նույն դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում է (ներառյալ 21 տարեկանից բարձր ցանկացած երեխա, որը հաշվառվում է ծնողի հարկային հայտարարագրում): Առողջապահական ապահովագրություն ստանալու համար հարկեր պետք չէ ներկայացնել:

21 տարեկանից փոքր երեխաների համար, ովքեր ապահովագրության կարիք ունեն

Ներառե՛ք այս մարդկանց, **նույնիսկ եթե նրանք ինքները չեն դիմում առողջության ապահովագրության համար:**

- Ծնող (կամ խորթ ծնող), ում հետ նրանք ապրում են:
- Եղբայր կամ քույր, ում հետ նրանք ապրում են:
- Երեխա, ում հետ նրանք ապրում են՝ ներառյալ խորթ երեխաները:
- Ամուսին, ում հետ նրանք ապրում են:
- Ցանկացած այլ անձ, որը նույն դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում է: Առողջապահական ապահովագրություն ստանալու համար հարկեր պետք չէ ներկայացնել:

Լրացրե՛ք Քայլ 2-ը Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անձի համար:

Սկսե՛ք ինքներդ Ձեզնից, ապա ավելացրե՛ք այլ մեծահասակներին և երեխաներին: Եթե Ձեր ընտանիքում 2-ից ավելի մարդ կա, Դուք պետք է պատճենեք Էջերը և կցե՛ք դրանք:

Դուք կարիք չունեք ներգաղթյալ կարգավիճակ կամ SSNs տրամադրել ընտանիքի այն անդամների համար, ովքեր առողջապահական ապահովագրության կարիք չունեն: Մենք գաղտնի և ապահով կպահենք Ձեր տրամադրած բոլոր տեղեկությունները, ինչպես պահանջվում է օրենքով: Մենք կօգտագործենք անձնական տվյալները միայն ստուգելու համար, արդյոք Դուք իրավասու եք առողջապահական ապահովագրություն ստանալու համար:



ՀԱՅՏԱԴԻՄՈՒՄԻ ՀԵՏ ԿԱԳԱՎՄԸ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻՔԸ ՈՒՆԵՔ: Այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարե՛ք մեզ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք 1-800-318-2596 և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:



Քայլ 2. ԱՆՁ 1 (Սկսեք ինքներդ Ձեզնից)

Լրացրե՛ք Քայլ 2-ը Ձեր, Ձեր կողակցի/գուզընկերոջ և Ձեզ հետ ապրող, Ձեր խնամքի տակ գտնվող անձանց և/կամ Ձեր նույն դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում ընդգրկված որևէ մեկի համար, եթե այն ներկայացնում էք: Պատճեն էլ '1' ու՛մ ներառելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Եթե հարկային հայտարարագիր չէք ներկայացնում, հիշե՛ք, որ այնուամենայնիվ պետք է ավելացնե՛ք Ձեր ընտանիքի մարդկանց:

1. Անուն		Միջնանուն		Ազգանուն		Ազգանվանը տրվող վերջավորություն			
2. Հարաբերություններ ԱՆՁԻ 1-ի հետ:				3. Դուք ամուսնացած եք:		4. Ծննդյան ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)		5. Սեռ	
ես ինքս				☐ Այո ☐ Ոչ				☐ Իգական ☐ Արական	
6. Սոցիալական ապահովության համար (SSN)									
★ Մեզ պետք է SSN-ը, եթե Դուք առողջապահական ապահովագրություն եք ուզում և ունեք SSN կամ կարող եք ստանալ այն: Մենք օգտագործում ենք SSN-ները՝ ստուգելու եկամուտը և այլ տեղեկություններ, որպեսզի պարզենք, թե ով է իրավասու առողջության ապահովագրության համար վճարելու օգնության համար: SSN-ի վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկատվություն ստանալու համար այցելեք SSA.gov կամ զանգահարեք Սոցիալական ապահովություն (Social Security)՝ 1-800-772-1213 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող են զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:									
7. Նախատեսում եք դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր ներկայացնել ՀԱՅՈՐԴ ՏԱՐԻ: Դուք այնուամենայնիվ կարող եք դիմել ապահովագրության համար, նույնիսկ եթե դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր չեք ներկայացնում:									
☐ ԱՅՈ: Եթե այո, պատասխանեք ա-ից գ կետերին ☐ ՈՉ: Եթե ոչ, անցե՛ք գ կետին									
a. Դուք կողակցի հետ միասին եք հայտարարագիր ներկայացնելու:.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
Եթե այո, գրե՛ք կողակցի անունը՝									
b. Դուք նշելու եք որևէ խնամքի տակ գտնվող անձի Ձեր հարկային հայտարարագրում:.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
Եթե այո,830> նշե՛ք խնամքի տակ գտնվող անձի/ անձանց անուն(ներ)ը՝									
c. Ձեզ նշելու են որևէ մեկի հարկային հայտարարագրում՝ որպես խնամքի տակ գտնվող անձ:.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
Եթե այո, նշե՛ք հայտարարագիր ներկայացնողի անունը՝								Ո՛րն է Ձեր կապը հայտարարագիր լրացնողի հետ:	
8. Դուք հղի եք:.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
a. Եթե այո, քանի՞ երեխա է ակնկալվում ծնվել այս հղիության արդյունքում:.....									
9. Ձեզ պետք է առողջության ապահովագրություն: Անգամ եթե ունեք ապահովագրական ծածկույթ, կարող է ավելի լավ ծածկույթով կամ ավելի ցածր ծախսերով ծրագիր լինել:									
☐ ԱՅՈ: Եթե այո,պատասխանե՛ք ներքևից թուր հարցերին: ➔ ☐ ՈՉ: Եթե ոչ, անցե՛ք էջ 3-ի եկամտի վերաբերյալ հարցերին: Այս էջի մնացած մասը դատարկ թողե՛ք: ➔									
10. Ունե՞ք ֆիզիկական, մտավոր կամ հոգեկան հիվանդություն, որն առաջացնում է գործունեության սահմանափակումներ (օրինակ՝ լուրանալ, հագնվելը, ամենօրյա գործերը և այլն), առողջապահական հատուկ կարիք, կամ ապրում եք բժշկական հաստատությունում կամ ծերանոցում:.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
11. Դուք ԱՄՆ քաղաքացի եք կամ ԱՄՆ քաղաքացի՞ ըստ ծագման:.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
12. Դուք քաղաքացիություն ստացած քաղաքացի՞ եք կամ քաղաքացիություն ստացած՝ ըստ ծագման : (Սա սովորաբար նշանակում է, որ Դուք ծնվել եք ԱՄՆ-ից դուրս:)									
☐ ԱՅՈ: Եթե այո, լրացրե՛ք a և b կետերը: ☐ ՈՉ: Եթե ոչ, շարունակե՛ք հարց 13-ից:									
a. Ներգաղթայի համար								b. Հավաստագրի համար	
								Ա և բ կետերը լրացնելու հետո անցե՛ք հարց 14-ին:	
13. Եթե Դուք ԱՄՆ քաղաքացի չեք կամ քաղաքացի՞ ըստ ծագման, ունե՞ք իրավասու ներգաղթային կարգավիճակ: ☐ ԱՅՈ: Մուտքագրեք փաստաթղթի տեսակը և ID համարը: Անցե՛ք հրահանգներին:									
Ներգաղթային փաստաթղթի տեսակ		Կարգավիճակի տեսակ (կամընտիր)		Գրե՛ք Ձեր անունն այնպես, ինչպես նշված է Ձեր ներգաղթային փաստաթղթում:					
Օտարերկրյա քաղաքացու կամ I-94 համար				Քարտի համարը կամ անձնագրի համարը					
SEVIS ID կամ գործողության ժամկետ (կամընտիր)				Այլ (կատեգորիայի ծածկագիր կամ թողարկման երկիր)					
a. Դուք ապրելում եք ԱՄՆ-ում 1996 թվականից:.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
b. Դուք կամ Ձեր կողակիցը կամ ծնողը, ԱՄՆ ռազմական ուժերի վետերան եք կամ գործող անդամ :.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
14. Ցանկանում եք օգնություն վերջին 3 ամիսների բժշկական վճարների համար:.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
15. Դուք ապրում եք մինչև 19 տարեկան առնվազն մեկ երեխայի հետ և արդյո՞ք այս երեխայի հիմնական խնամողն եք: (Լրացրե՛ք «այո», եթե Դուք կամ Ձեր կողակիցը խնամում է այս երեխային):.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
Թվարկե՛ք Ձեզ հետ Ձեր ընտանիքում ապրող 19 տարեկանից ցածր երեխաների անուններն ու կապը Ձեզ հետ:									
16. Դուք առկա համակարգի ուսանող եք:.....								☐ Այո ☐ Ոչ	
17. Դուք խնամատարության մեջ էիք 18 տարեկանում կամ ավելի բարձր տարիքում:.....								☐ Այո ☐ Ոչ	

ՀԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԽԱՉՈՐԴ ԷՋՈՒՄ



ՀԱՅՏԱՀԻՄՈՒՄԻ ԴՅՆ ԿԱԴԱՎՈՐ ՕՂՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐՔԵ ՈՒՆԵ: Այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարե՛ք մեզ **1-800-318-2596** հեռախոսահամարով: Եթե՛ անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք **1-800-318-2596** և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել **1-855-889-4325** հեռախոսահամարով:



Կամընտիր. (Այս տեղեկատվության տրամադրումը չի ազդի իրավասության, պլանի ընտրանքների կամ ծախսերի վրա:)

Լրացրեք այն ամենը, ինչ վերաբերում է Ձեզ:

19. Ուսան՝

- ☐ Սպիտակամորթ ☐ Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի ☐ Չնդկացի կամ այլասկայի բնիկ ☐ Ֆիլիպինցի ☐ Ճապոնացի ☐ Կորեացի ☐ Չինացի ☐ Չինացի ☐ Վիետնամցի ☐ Այլ ասիացի ☐ Հավայական կղզիների բնիկ ☐ Գուամացի կամ չամորոցի ☐ Սամուացի ☐ Այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզու բնակիչ ☐ Այլ ☐

Ընտրեք մեկ պատասխան:

20. Ծննդյան ժամանակ նշված սեռը (կարելի է գտնել Ձեր ծննդյան վկայականում)

- ☐ Իգական ☐ Արական ☐ Այլ ☐ Չգիտեմ ☐ Նախընտրում եմ չպատասխանել

21. Ներկայիս սեռը

- ☐ Իգական ☐ Արական ☐ Տրանսգենդեր կին ☐ Տրանսգենդեր տղամարդ ☐ Այլ տերմին՝ ☐ Չգիտեմ ☐ Նախընտրում եմ չպատասխանել

22. Սեռական կողմնորոշում

- ☐ Բիսեքսուալ ☐ Լեսբի կամ գեյ ☐ Հետերոսեքսուալ (ոչ լեսբի կամ գեյ) ☐ Այլ տերմին՝ ☐ Չգիտեմ ☐ Նախընտրում եմ չպատասխանել

Քայլ 2. ԱՆՁ 1 (Շարունակեք Ձեզ մասին)

Տեղեկատվություն ներկայիս աշխատանքի և եկամտի վերաբերյալ

- ☐ **Աշխատում եմ.** Եթե ներկայումս աշխատում եք, պատմեք մեզ Ձեր եկամտի մասին: Սկսեք կետ 23-ից: ☐ **Չեմ աշխատում.** Անցեք կետ 33-ին: ☐ **Ինքնազբաղ.** Անցեք կետ 32-ին:

Ներկայիս աշխատանք 1.

23. Գործատուի անուն

a. Գործատուի հասցե (կամընտիր)

b. Քաղաք

c. Նահանգ

d. Փոստային ինդեքս

24. Գործատուի հեռախոսահամար

25. Աշխատավարձ/թեյավճար (նախքան հարկումը)

- ☐ 1 ժամվա դիմաց ☐ Շաբաթական ☐ Յուրաքանչյուր 2 շաբաթը մեկ ☐ Ամիսը երկու անգամ ☐ Ամսական ☐ Տարեկան

Դրամ

26. ՇԱԲԱԹԱԿԱՆ աշխատած միջին ժամերի քանակը

Ներկայիս աշխատանք 2. (Եթե ունեք լրացուցիչ աշխատանքներ և ավելի շատ տարածքի կարիք ունեք, կցեք մեկ այլ թերթիկ:)

27. Գործատուի անուն

a. Գործատուի հասցե (կամընտիր)

p. Քաղաք

q. Նահանգ

դ. Փոստային ինդեքս

28. Գործատուի հեռախոսահամար

29. Աշխատավարձ/թեյավճար (նախքան հարկումը)

- ☐ 1 ժամվա դիմաց ☐ Շաբաթական ☐ Յուրաքանչյուր 2 շաբաթը մեկ ☐ Ամիսը երկու անգամ ☐ Ամսական ☐ Տարեկան

\$

30. ՇԱԲԱԹԱԿԱՆ աշխատած միջին ժամերի քանակը

31. Նախորդ նարվա ընթացքում Դուք. ☐ Աշխատանք եք փոխել ☐ Դադարել եք աշխատել ☐ Սկսել եք ավելի քիչ ժամաթանակով աշխատել ☐ Սրանից ոչ մեկը

32. Եթե ինքնազբաղ եք, պատասխանեք ա և բ կետերին:

a. Աշխատանքի տեսակ

b. Որքան մաքուր եկամուտ (շահույթ բիզնեսի ծախսերը վճարելուց հետո) կստանաք այս ինքնազբաղվածությունից այս ամիս: Անցեք հրահանգներին:

\$

շարունակությունը հաջորդ էջում



ՀԱՅՏԱԴԻՍՈՒՄԻ ՀԵՏ ԿԱԴԱՎՄՑ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԵՔ: Այցելեք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարեք մեզ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-318-2596 և ասեք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:



33. Այլ եկամուտներ, որոնք Դուք ստանալու եք այս ամիս. Լրացրե՛ք այն ամենը, ինչ վերաբերում է Ձեզ, և նշե՛ք գումարն ու թե՛ որքան հաճախ եք այն ստանում: Լրացրե՛ք այստեղ, եթե չկա: ☐ Նշում. Դուք կարիք չունեք մեզ տեղեկացնելու այիմենտի, վետերանների վճարումների կամ լրացուցիչ ապահովության եկամտի (SSI) մասին:

☐ Գործազրկություն \$ Որքան հաճախ:	☐ Ստացված այիմենտ (Նշում. Միայն մինչև 1/1/2019-ն ավարտված ամիսնալուծությունների դեպքում) \$ Որքան հաճախ:
☐ Կենսաթոշակ \$ Որքան հաճախ:	☐ Չուտ եկամուտ հողագործությունից/ձկնորսությունից \$ Որքան հաճախ:
☐ Սոցիալական ապահովություն \$ Որքան հաճախ:	☐ Չուտ եկամուտ վարձույթից/ հոնորարից \$ Որքան հաճախ:
☐ Կենսաթոշակային հաշիվներ \$ Որքան հաճախ:	☐ Այլ եկամուտ, տեսակ. \$ Որքան հաճախ:

34. **Հարկերի նվազեցում.** Լրացրե՛ք այն ամենը, ինչ վերաբերում է Ձեզ, և նշե՛ք գումարն ու թե՛ որքան հաճախ եք վճարում այն: Եթե Դուք վճարում եք որոշ բաների համար, որոնք կարող են հանվել դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում, ապա դրանց մասին մեզ պատմելը կարող է մի փոքր նվազեցնել առողջության ապահովագրության արժեքը:
Մի ներառե՛ք երեխայի այիմենտը, որը Դուք վճարում եք, կամ ծախսերը, որոնք արդեն հաշվի են առնվել զուտ ինքնազբաղվածության Ձեր պատասխանում (հարց 32b):

☐ Վճարված այիմենտ (Նշում. Միայն մինչև 1/1/2019-ն ավարտված ամիսնալուծությունների դեպքում): \$ Որքան հաճախ:	☐ Այլ նվազեցում, տեսակ. \$ Որքան հաճախ:
☐ Ուսանողական վարկի տոկոսներ \$ Որքան հաճախ:	

35. **Լրացրե՛ք այս հարցը, եթե Ձեր եկամուտը փոխվում է տարվա ընթացքում,** օրինակ, եթե աշխատանքի եք միայն տարվա մի մասը կամ որոշակի ամիսների համար եք նպաստ ստանում: Եթե չեք ակնկալում փոփոխություններ Ձեր ամսական եկամտում, անցե՛ք հաջորդ անձին: ➡

Ձեր ընդհանուր եկամուտը այս տարի \$	Ձեր ընդհանուր եկամուտը հաջորդ տարի (եթե կարծում եք, որ այլ է լինելու) \$ ☐ Լրացրե՛ք, եթե կարծում եք, որ եկամուտը դժվար կլինի կանխատեսել:
--	--

Շնորհակալությո՜ւն: Սա այն ամենն է, ինչ մենք պետք է իմանանք Ձեր մասին:





Քայլ 2. ԱՆՁ 2

Նշում. Եթե այս անձը առողջապահական ապահովագրության կարիք չունի, պարզապես պատասխանեք այս էջի 1-10 հարցերին: Պատճենեք 5-7 էջերը, եթե Ձեր ընտանիքում 2-ից ավելի մարդ կա:

Լրացրեք այս հատվածը Ձեր, Ձեր կողակցի/զուգընկերոջ և Ձեզ հետ ապրող երեխաների և/կամ Ձեր նույն դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում ընդգրկված որևէ մեկի համար, եթե այն ներկայացնում է: Եթե հարկային հայտարարագիր չեք ներկայացնում, հիշեք, որ այնուամենայնիվ պետք է ավելացնեք Ձեր ընտանիքի մարդկանց: Պատճենեք էջ 1՝ ում ներառելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

1. Անուն	Միջնանուն	Ազգանուն	Ազգանվանը տրվող վերջավորություն
2. Ո՞րն է կապն ԱՆՁ 1-ի հետ: Անցե՛ք հրահանգներին:	3. ԱՆՁ 2-ն ամուսնացած է:	4. Ծննդյան ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)	5. Սեռ
	☐ Այո ☐ Ոչ		☐ Իգական ☐ Արական
6. Սոցիալական ապահովության համարը (SSN)			
Մեզ սա պետք է, եթե Դուք առողջապահական ապահովագրություն եք ուզում ԱՆՁի 2-ի համար, և ԱՆՁ 2-ն ունի SSN:			
7. ԱՆՁ 2-ն ապրում է նույն հասցեում, ինչ ԱՆՁ 1-ը:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
Եթե ոչ, նշե՛ք հասցեն.			
8. ԱՆՁ 2-ը նախատեսու՞մ է ՀԱՅՏՈՐՐԴ ՏԱՐԻ դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր ներկայացնել: (Դուք այնուամենայնիվ կարող եք դիմել ապահովագրության համար, նույնիսկ եթե ԱՆՁ 2-ը դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր չի ներկայացնում:)			
☐ ԱՅՈՒ. Եթե այո , պատասխանե՛ք ա-ից գ կետերին: ☐ ՈՉ. Եթե ոչ , անցե՛ք կետ գ-ին:			
a. ԱՆՁ 2-ը կողակցի հետ միասին է հայտարարագիր ներկայացնելու:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
Եթե այո, գրե՛ք կողակցի անունը:			
b. ԱՆՁ 2-ը նշելու է որևէ խնամքի տակ գտնվող անձի իր հարկային հայտարարագրում:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
Եթե այո, նշե՛ք խնամքի տակ գտնվող անձի/ անձանց անուն(ներ)ը՝			
c. ԱՆՁ 2-ին նշելու են որևէ մեկի հարկային հայտարարագրում՝ որպես խնամքի տակ գտնվող անձ:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
Եթե այո, նշե՛ք հայտարարագիր ներկայացնողի անունը՝		Ո՞րն է ԱՆՁ թ-ի կապը հայտարարագիր լրացնողի հետ:	
9. ԱՆՁ 2-ը հղի է:..... ☐ Այո ☐ Ոչ a. Եթե այո, բանի՞ երեխա է ակնկալվում ծնվել այս հիղության արդյունքում: ☐			
10. ԱՆՁ 2-ին պե՞տք է առողջության ապահովագրություն: (Անգամ եթե ԱՆՁ 2-ն ունի ապահովագրական ծածկույթ, կարող է ավելի լավ ծածկույթով կամ ավելի ցածր ծախսերով ծրագիր լինել:)			
☐ ԱՅՈՒ. Եթե , պատասխանե՛ք ներքոնշյալ բոլոր հարցերին: ☐ ՈՉ. Եթե ոչ , անցե՛ք եկամտի վերաբերյալ հարցերին էջ 5-ում: Այս էջի մնացած մասը դատարկ թողե՛ք:			
11. ԱՆՁ 2-ն ունի՞ ֆիզիկական, մտավոր կամ հոգեկան հիվանդություն, որն առաջացնում է գործունեության սահմանափակումներ (օրինակ՝ լողանալը, հագնվելը, ամենօրյա գործերը և այլն), առողջապահական հատուկ կարիք, կամ ապրում է բժշկական հաստատությունում կամ ծերանոցում:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
12. ԱՆՁ 2-ը ԱՄՆ բաղաբաժնի՞ է կամ ԱՄՆ բաղաբաժնի՞ ըստ ծագման:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
13. ԱՆՁ 2-ը բաղաբաժնիություն ստացած բաղաբաժնի՞ է կամ բաղաբաժնիություն ստացած՝ ըստ ծագման : (Սա սովորաբար նշանակում է, որ ծնվել են ԱՄՆ-ից դուրս:)			
☐ ԱՅՈՒ. Եթե այո , լրացրե՛ք a և b կետերը: ☐ ՈՉ. Եթե ոչ , շարունակե՛ք հարց 14-ից:			
a. Ներգաղթային համար		b. Հավաստագրի համար	
Ա և Բ կետերը լրացնելու հետո անցե՛ք հարց 15-ին:			
14. Եթե ԱՆՁ 2-ն ԱՄՆ բաղաբաժնի չէ կամ բաղաբաժնի՞ ըստ ծագման, ունի՞ իրավասու ներգաղթային կարգավիճակ: ☐ ԱՅՈՒ: Մուտքագրե՛ք փաստաթղթի տեսակը և ID համարը: Անցե՛ք հրահանգներին:			
Ներգաղթային փաստաթղթի տեսակ	Կարգավիճակի տեսակ (կամ ընտիր)	Գրե՛ք ԱՆՁ 2-ի անունն այնպես, ինչպես նշված է նրա ներգաղթային փաստաթղթում:	
Օտարերկրյա բաղաբաժնու կամ I-94 համար		Քարտի համարը կամ անձնագրի համարը	
SEVIS ID կամ գործողության ժամկետ (կամ ընտիր)		Այլ (կատեգորիայի ծածկագիր կամ թողարկման երկիր)	
a. ԱՆՁ 2-ն ապրելու է ԱՄՆ-ում 1996 թվականից:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
b. ԱՆՁ 2-ը կամ ԱՆՁ 2-ի կողակցը կամ ծնողը, ԱՄՆ ռազմական ուժերի վետերան է կամ գործող անդամ :..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
15. ԱՆՁ 2-ը ցանկանու՞մ է օգնություն վերջին 3 ամիսների բժշկական վճարների համար:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
16. ԱՆՁ 2-ն ապրում է մինչև 19 տարեկան անվագն մեկ երեխայի հետ և արդյո՞ք այս երեխայի հիմնական խնամողն է: (Լրացրե՛ք «այո», եթե ԱՆՁ 2-ը կամ նրա կողակցը խնամում է այս երեխային):..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
17. Թվարկե՛ք ԱՆՁ 2-ի հետ իր ընտանիքում ապրող 19 տարեկանից ցածր երեխաների անուններն ու կապն իր հետ: (Սրանք կարող են լինել նույն երեխաները, որոնք նշված են էջ 2-ում-ում:)			
ԱՆՁ 2-ը խնամատարության մեջ էր 18 տարեկանում կամ ավելի բարձր տարիքում:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
Պատասխանե՛ք այս հարցերին, եթե ԱՆՁ 2-ը 22 տարեկան կամ ավելի երիտասարդ է.			
18. Արդյո՞ք ԱՆՁ 2-ն աշխատանքային ապահովագրություն ունի և կորցրել է այն վերջին 3 ամսվա ընթացքում:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			
a. Եթե այո, գործողության ավարտի ամսաթիվը՝		b. Ապահովագրության ավարտվելու պատճառը՝	
19. ԱՆՁ 2-ն ամկա համակարգի ուսանող է:..... ☐ Այո ☐ Ոչ			

շարունակությունը հաջորդ էջում

**Կամընտիր.** (Այս տեղեկատվության տրամադրումը չի ազդի իրավասության, պլանի ընտրանքների կամ ծախսերի վրա:)**Լրացրեք այն ամենը, ինչ վերաբերում է Ձեզ:**

21. Ռասա՝

- ☐ Սպիտակամորթ ☐ Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի ☐ Չնդկացի կամ այլասկայի բնիկ ☐ Ֆիլիպինցի ☐ Ճապոնացի ☐ Կորեացի ☐ Չինացի ☐ Չինացի ☐ Վիետնամցի ☐ Այլ ասիացի ☐ Հավայական կղզիների բնիկ ☐ Գուամացի կամ չամորոցի ☐ Սամուացի ☐ Այլ խաղաղօվկիանոսյան կղզու բնակիչ ☐ Այլ ☐

Ընտրեք մեկ պատասխան:

22. Ծննդյան ժամանակ Նշված սեռը (կարելի է գտնել ԱՆՁ 2-ի ծննդյան վկայականում)

- ☐ Իգական ☐ Արական ☐ Այլ ☐ Չգիտեմ ☐ Նախընտրում եմ չպատասխանել

23. Ներկայիս սեռը

- ☐ Իգական ☐ Արական ☐ Տրանսգենդեր կին ☐ Տրանսգենդեր տղամարդ ☐ Այլ տերմին ☐ Չգիտեմ ☐ Նախընտրում եմ չպատասխանել

24. Սեռական կողմնորոշում

- ☐ Բիսեքսուալ ☐ Լեսբի կամ գեյ ☐ Հետերոսեքսուալ (ոչ լեսբի կամ գեյ) ☐ Այլ տերմին ☐ Չգիտեմ ☐ Նախընտրում եմ չպատասխանել

Քայլ 2. ԱՆՁ 2

Պատմեք մեզ ցանկացած եկամտի մասին, որ ԱՆՁ 2-ն ստանում է: Լրացրեք այս էջը, նույնիսկ եթե ԱՆՁ 2-ը առողջապահական ապահովագրական ծածկույթի կարիք չունի:

Տեղեկատվություն Ներկայիս աշխատանքի և եկամտի վերաբերյալ

- ☐ Աշխատում է. Եթե ԱՆՁ 2-ը Ներկայումս աշխատում է, պատմեք մեզ Նրա եկամտի մասին: Սկսեք կետ 25-ից: ☐ Չի աշխատում. Անցեք կետ 35-ին: ☐ Ինքնազբաղ. Անցեք կետ 34-ին:

Ներկայիս աշխատանք 1.

25. Գործատուի անուն

a. Գործատուի հասցե (կամընտիր)

b. Քաղաք

c. Նահանգ

d. Փոստային ինդեքս

26. Գործատուի հեռախոսահամար

27. Աշխատավարձ/թեյավճար (նախքան հարկումը) ☐ 1 ժամվա դիմաց ☐ Շաբաթական ☐ Յուրաքանչյուր 2 շաբաթը մեկ
 \$ ☐ Ամիսը երկու անգամ ☐ Ամսական ☐ Տարեկան

28. ՀԱԲԱԹԱԿԱՆ աշխատած միջին ժամերի քանակը

Ներկայիս աշխատանք 2. (Եթե ԱՆՁ 2-ն ունի լրացուցիչ աշխատանքներ, կցե՛ք մեկ այլ թերթիկ:)

29. Գործատուի անուն

a. Գործատուի հասցե (կամընտիր)

b. Քաղաք

c. Նահանգ

d. Փոստային ինդեքս

30. Գործատուի հեռախոսահամար

31. Աշխատավարձ/թեյավճար (նախքան հարկումը) ☐ 1 ժամվա դիմաց ☐ Շաբաթական ☐ Յուրաքանչյուր 2 շաբաթը մեկ
 \$ ☐ Ամիսը երկու անգամ ☐ Ամսական ☐ Տարեկան

32. ՀԱԲԱԹԱԿԱՆ աշխատած միջին ժամերի քանակը

33. Նախորդ Նարվա ընթացքում ԱՆՁ 2-ը. ☐ Աշխատանք է փոխել ☐ Դադարել է աշխատել ☐ Սկսել է ավելի քիչ ժամաքանակով աշխատել ☐ Սրանից ոչ մեկը

34. Եթե ԱՆՁ 2-ն ինքնազբաղ է, պատասխանե՛ք a և b կետերին:

a. Աշխատանքի տեսակ

b. Որքան մաքուր եկամուտ (շահույթ բիզնեսի ծախսերը վճարելուց հետո) ԱՆՁ 2-ը կստանա այս ինքնազբաղվածությունից այս ամիս: Անցե՛ք հրահանգներին:

\$

Հարունակությունը հաջորդ էջում



ՀԱՅՏԱԴԻՍՈՒՄԻ ԴԵՏ ԿԱԴԱՄՑ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԵՔ: Այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարե՛ք մեզ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք 1-800-318-2596 և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:



35. Այլ եկամուտներ, որոնք ԱՆՁ 2-ը ստանալու է այս ամիս. Լրացրե՛ք այն ամենը, ինչ վերաբերում է ԱՆՁ 2-ին, և նշե՛ք զումարն ու թե՛ որքան հաճախ է այն ստանում: Լրացրե՛ք այստեղ, եթե չկա: ☐ Նշում. Դուք կարիք չունե՛ք մեզ տեղեկացնելու ԱՆՁ 2-ի այիմենտի, վետերանների վճարումների կամ լրացուցիչ ապահովության եկամտի (SSI) մասին:

☐ Գործազրկություն \$ Որքան հաճախ:	☐ Ստացված այիմենտ (Նշում. Միայն մինչև 1/1/2019-ի ավարտված ամուսնալուծությունների դեպքում) \$ Որքան հաճախ:
☐ Կենսաթոշակ \$ Որքան հաճախ:	☐ Չուտ եկամուտ հողագործությունից/ծկնորսությունից \$ Որքան հաճախ:
☐ Սոցիալական ապահովություն \$ Որքան հաճախ:	☐ Չուտ եկամուտ վարձույթից/ հոնորարից \$ Որքան հաճախ:
☐ Կենսաթոշակային հաշիվներ \$ Որքան հաճախ:	☐ Այլ եկամուտ, տեսակ. \$ Որքան հաճախ:

36. **Հարկերի նվազեցում:** Լրացրե՛ք այն ամենը, ինչ վերաբերում է ԱՆՁ 2-ին, և նշե՛ք զումարն ու թե՛ որքան հաճախ է այն ստանում: Եթե ԱՆՁ 2-ը վճարում է որոշ բաների համար, որոնք կարող են հանվել դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրում, ապա դրանց մասին մեզ պատմե՛ք կարող է մի փոքր նվազեցնել առողջության ապահովագրության արժեքը:
Մի ներառե՛ք երեխայի այիմենտը, որն ԱՆՁ 2-ը վճարում է, կամ ծախսերը, որոնք արդեն հաշվի են առնվել զուտ ինքնազբաղվածության պատասխանում (հարց 34b):

☐ Վճարված այիմենտ (Նշում. Միայն մինչև 1/1/2019-ի ավարտված ամուսնալուծությունների դեպքում): \$ Որքան հաճախ:	☐ Այլ նվազեցում, տեսակ. \$ Որքան հաճախ:
☐ Ուսանողական վարկի տոկոսներ \$ Որքան հաճախ:	

37. **Լրացրե՛ք այս հարցը, եթե ԱՆՁ 2-ի եկամուտը փոխվում է տարվա ընթացքում,** օրինակ, եթե աշխատանքի է միայն տարվա մի մասը կամ որոշակի ամիսների համար է նպաստ ստանում: Եթե ԱՆՁ 2-ը չի ակնկալում փոփոխություններ իր ամսական եկամտում, անցե՛ք հաջորդ անձին: ➡

ԱՆՁ 2-ի ընդհանուր եկամուտը այս տարի \$	ԱՆՁ 2-ի ընդհանուր եկամուտը հաջորդ տարի \$ ☐ Լրացրե՛ք, եթե նա կարծում է, որ եկամուտը դժվար կլլիՆԻ կանխատեսել.
--	--

Շնորհակալություն: Սա այն ամենն է, ինչ մենք պետք է իմանանք ԱՆՁ 2-ի մասին:





Քայլ 3. Հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ (AI/AN) ընտանիքի անդամ(ներ)

1. Դուք կամ Ձեր ընտանիքից որևէ մեկը հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ է:

☐ ՈՉ Եթե ոչ, շարունակե՛ք Քայլ 4-ից

☐ ԱՅՈՒ Եթե այո, շարունակե՛ք Քայլ 4-ից, նաև լրացրե՛ք հավելված B-ն և ներառե՛ք հայտադիմումի հետ:

Քայլ 4. Ձեր ընտանիքի առողջության ապահովագրությունը

1. Արդյո՞ք այս հայտադիմումում նշված որևէ անձ իրավասու չէ գտնվել Medicaid-ի կամ Երեխաների առողջության ապահովագրության ծրագրի (CHIP) համար անցած 90 օրում: (Ընտրե՛ք «այո» միայն այն դեպքում, եթե որևէ մեկն իրավասու չէ գտնվել այս ապահովագրական ծածկույթի համար Ձեր նահանգում, այլ ոչ թե Marketplace-ի կողմից:)

☐ Այո ☐ Ոչ

Ո՛ր: Անաթիվ:

Կամ արդյո՞ք այս հայտադիմումում նշված որևէ մեկը իրավասու չէ գտնվել Medicaid-ի կամ CHIP-ի համար վերջին 5 տարում իր ներգաղթային կարգավիճակի պատճառով:..... ☐ Այո ☐ Ոչ

Ո՛ր:

Արդյո՞ք այս հայտադիմումում նշված որևէ մեկը դիմել է ապահովագրության համար Marketplace-ի բաց գրանցման ժամանակահատվածում կամ համապատասխանող կյանքի իրադարձությունից հետո:..... ☐ Այո ☐ Ոչ

Ո՛ր:

2. Այս հայտադիմումում նշված որևէ մեկին առաջարկվում է աշխատանքային առողջության ապահովագրություն: Լշե՞ք՝ այո, նույնիսկ եթե ապահովագրությունը ուրիշի աշխատանքից է, օրինակ՝ ծնողների կամ կողակցի, նույնիսկ եթե նրանք չեն ընդունում ապահովագրությունը: Լշե՞ք՝ ոչ, եթե առաջարկվող միակ ապահովագրական ծածկույթը COBRA-ն է:

☐ ԱՅՈՒ: Ծարունակե՛ք և այնուհետև լրացրե՛ք հավելված A-ն:

☐ ՈՉ:

Եթե այո, սա պետական աշխատողների նպաստների ծրագիր է:..... ☐ Այո ☐ Ոչ

Արդյո՞ք հայտադիմումում նշված որևէ մեկին առաջարկվում է անհատական ծածկույթ՝ Առողջապահական փոխհատուցման պայմանավորվածություն

(Health Reimbursement Arrangement, HRA) կամ Որակավորված փոքր գործատուի HRA (Qualified Small Employer HRA, QSEHRA):..... ☐ Այո ☐ Ոչ

3. Արդյո՞ք որևէ մեկն այժմ ընդգրկված է առողջապահական ապահովագրությունում:

☐ ԱՅՈՒ: Եթե այո, շարունակե՛ք կետ 4-իվ:

☐ ՈՉ: Եթե ոչ, անցե՛ք Քայլ 5-ին:

4. Տեղեկատվություն ընթացիկ առողջապահական ապահովագրական ծածկույթի մասին: (Պատճենե՛ք այս էջը, եթե այժմ 2-ից ավելի հոգի առողջապահական ապահովագրություն ունեն):

Գրե՛ք ապահովագրական ծածկույթի տեսակը, օրինակ՝ գործատուի ապահովագրություն, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, VA առողջապահական ծրագիր, խաղաղության կորպուս կամ այլ: (Մի՛ պատմե՛ք մեզ TRICARE-ի մասին, եթե ունեք Direct Care կամ Line of Duty):

ԱՆՁ 1.	Առողջապահական ապահովագրության մեջ ընդգրկված անձի անունը	
	Ապահովագրական ծածկույթի տեսակը: ☐ Գործատուի ապահովագրություն ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ VA առողջապահական ծրագիր ☐ խաղաղության կորպուս ☐ Այլ	
	Եթե դա գործատուի ապահովագրություն է. (Դուք նաև պետք է լրացնե՛ք հավելված A-ն): Առողջապահական ապահովագրական ընկերության անվանումը Պայմանագրի/ID համար 	
ԱՆՁ 2.	Եթե դա այլ տեսակի ապահովագրական ծածկույթ է. ☐ Լրացրե՛ք, եթե սա Marketplace-ի առողջապահական ապահովագրական ծածկույթն է: Առողջապահական ապահովագրական ընկերության անվանումը Պայմանագրի/ID համար 	
	Արդյո՞ք սա սահմանափակ նպաստների ծրագիր է, ինչպես դպրոցական վթարների ապահովագրական պայմանագիրը:..... ☐ Այո ☐ Ոչ	

ԱՆՁ 2.	Առողջապահական ապահովագրության մեջ ընդգրկված անձի անունը	
	Ապահովագրական ծածկույթի տեսակը: ☐ Գործատուի ապահովագրություն ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ VA առողջապահական ծրագիր ☐ խաղաղության կորպուս ☐ Այլ	
	Եթե դա գործատուի ապահովագրություն է. (Դուք նաև պետք է լրացնե՛ք հավելված A-ն): Առողջապահական ապահովագրական ընկերության անվանումը Պայմանագրի/ID համար 	
ԱՆՁ 2.	Եթե դա այլ տեսակի ապահովագրական ծածկույթ է. ☐ Լրացրե՛ք, եթե սա Marketplace-ի առողջապահական ապահովագրական ծածկույթն է: Առողջապահական ապահովագրական ընկերության անվանումը Պայմանագրի/ID համար 	
	Արդյո՞ք սա սահմանափակ նպաստների ծրագիր է, ինչպես դպրոցական վթարների ապահովագրական պայմանագիրը:..... ☐ Այո ☐ Ոչ	

Կցանկանա՞ք տեղեկատվություն ստանալ ընտրությունը գրանցվելու վերաբերյալ: (կամընտիր)

☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Նախընտրում եմ չպատասխանել

Դուք կարոք եք ստանալ տեղեկատվություն, տեսնել գրանցման վերջնաժամկետները և գտնել ռեսուրսներ Ձեր նահանգի համար [Vote.gov](https://www.vote.gov).



ՀԱՅՏԱԴԻՄՈՒՄԻ ՀԵՏ ԿԱԴՎԱԾ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԵ ՈՒՆԵՔ: Այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարե՛ք մեզ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք 1-800-318-2596 և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:



Քայլ 5: Ձեր համաձայնությունն ու ստորագրությունը

1. Համաձայն ե՞ք արդյոք թույլատրել Marketplace-ին օգտագործել եկամուտների տվյալները, ներառյալ հարկային հայտարարագրերից ստացված տվյալները ☐ Այո ☐ Ոչ

հաջորդ 5 տարիների ընթացքում:.....

Ապագա տարիների ապահովագրական ծածկույթի վճարման հարցում օգնություն ստանալու Ձեր իրավասությունը պարզելու համար Դուք կարող եք համաձայնել Marketplace-ին թույլատրել օգտագործել եկամտի թարմացված տվյալները, ներառյալ՝ հարկային հայտարարագրերից ստացված տեղեկությունները: Marketplace-ը ծանուցում կուղարկի և թույլ կտա Ձեզ ցանկացած փոփոխություն կատարել: Marketplace-ը կստուգի, որպեսզի համոզվի, որ Դուք դեռ իրավասու եք, և գուցե ստիպված լինի Ձեզ խնդրել հաստատել, որ ձեր եկամուտը դեռ համապատասխանում է: Դուք կարող եք հրաժարվել ցանկացած պահի:

Եթե ոչ, ավտոմատ կերպով թարմացրե՞ք իմ տվյալները հաջորդ՝ ☐ 5 տարվա համար ☐ 4 տարվա համար ☐ 3 տարվա համար ☐ 2 տարվա համար ☐ 1 տարվա համար

☐ Սի՞ օգտագործե՞ք իմ հարկային տվյալները առողջապահական ապահովագրական ծածկույթի համար վճարելու օգնություն ստանալու իմ իրավասությունը թարմացնելու համար (այս տարբերակի ընտրությունը կարող է ազդել երկրաբաժնյա ժամանակ ապահովագրության վճարման համար օգնություն ստանալու Ձեր ունակության վրա):

2. Այս հայտադիմումի հիման վրա առողջապահական ապահովագրության համար դիմող որևէ մեկը ազատագրված է (կալանավորված կամ բանտարկված):..... ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, ասե՞ք մեզ տվյալ անձի անունը: Ազատագրված անձի անունն է՝

☐ Լրացրե՞ք այստեղ, եթե այս անձին մեղադրանք է առաջադրվել:

Եթե Ձեր հայտադիմումում որևէ մեկը ընդգրկված է Marketplace-ի ապահովագրական ծածկույթում, և հետագայում պարզվի, որ ունի այլ համապատասխանող առողջապահական ապահովագրություն (օրինակ՝ Medicare, Medicaid կամ CHIP), Marketplace-ն ինքնաբերաբար կդադարեցնի Նրանց Marketplace պլանի ծածկույթը: Սա կօգնի ապահովել, որ յուրաքանչյուր ոք, ով պարզվել է, որ ունի այլ համապատասխանող ծածկույթ, չի մնա Marketplace-ի ծածկույթում գրանցված և ստիպված կլինի վճարել ամբողջ արժեքը:

☐ Ես համաձայն եմ թույլ տալ, որ Marketplace-ն այս իրավիճակում դադարեցնի Marketplace-ի ապահովագրությունը իմ հայտադիմումում նշված մարդկանց համար:

☐ Ես Marketplace-ին թույլտվություն չեմ տալիս դադարեցնել Marketplace-ի ապահովագրական ծածկույթն այս պարագայում: Ես հասկանում եմ, որ իմ հայտադիմումում նշված մարդիկ, ում այս ամենն ազդում է, այլևս չեն կարող ֆինանսական օգնություն ստանալու իրավասություն ունենալ և պետք է վճարեն իրենց Marketplace պլանի ամբողջ արժեքը:

Եթե այս հայտադիմումում որևէ մեկը իրավասու է Medicaid-ի համար.

- Ես Medicaid գործակալությանը իրավունք եմ տալիս՝ հետախույզ փնտրել և ստանալու ցանկացած գումար այլ առողջապահական ապահովագրությունից, դատարանի որոշմամբ վճարումներից կամ այլ երրորդ կողմերից: Ես նաև Medicaid գործակալությանը կողակցից կամ ծնողից բուժօգնություն հետախույզ փնտրելու և ստանալու իրավունք եմ տալիս:
- Այս հայտադիմումում նշվածի որևէ երեխա ունի ծնողներ, որոնք ապրում են տեղից դուրս:..... ☐ Այո ☐ Ոչ
- Եթե այո, ես գիտեմ, որ ինձ կխնդրեն համագործակցել այն գործակալության հետ, որը բժշկական օգնություն է հավաքագրում բացակայող ծնողից: Եթե կարծում եմ, որ բժշկական օգնություն հավաքագրելու համար համագործակցելը կվնասի ինձ կամ իմ երեխաներին, ես կարող եմ ասել Medicaid-ին, և ես գուցե ստիպված չլինեմ համագործակցել:
- Ես ստորագրում եմ այս հայտադիմումը սուտ վկայության պատժի տակ, ինչը նշանակում է, որ իմ իմացության չափով տվել եմ այս ձևաթղթի բոլոր հարցերի ճշմարիտ պատասխանները: Ես գիտեմ, որ ես կարող եմ ենթարկվել տույժերի՝ համաձայն դաշնային օրենքի, եթե դիտարկվող տրամադրեմ կեղծ կամ իրականությանը չհամապատասխանող տեղեկատվություն:
- Ես գիտեմ, որ ես պետք է 30 օրվա ընթացքում տեղեկացնեմ Առողջության ապահովագրության Marketplace-ին՝ եթե որևէ բան փոխվի (և տարբերվի, քան) այս հայտադիմումում գրվածից: Ես կարող եմ այցելել [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարել 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով՝ որևէ փոփոխություն հաղորդելու համար: Ես հասկանում եմ, որ իմ տեղեկատվության փոփոխությունը կարող է ազդել իմ իրավասության վրա, ինչպես նաև իմ ընտանիքի անդամ(ներ)ի իրավասության վրա:
- Ես գիտեմ, որ դաշնային օրենսդրության համաձայն, խտրականությունը չի թույլատրվում ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, սեռի, տարիքի, սեռական կողմնորոշման, գեղեցիկային ինքնության կամ հաշմանդամության հիման վրա: Ես կարող եմ խտրականության վերաբերյալ բողոք ներկայացնել՝ այցելելով [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint) կայք:
- Ես գիտեմ, որ այս ձևաթղթի տեղեկատվությունը կօգտագործվի միայն առողջապահական ապահովագրության, ապահովագրության համար վճարման օգնության իրավասությունը որոշելու համար, ինչպես նաև Marketplace-ի օրինական նպատակների և ծրագրերի համար, որոնք օգնում են վճարել ապահովագրության համար:

Մեզ այս տեղեկատվությունը պետք է ստուգելու Ձեր իրավասությունը առողջապահական ապահովագրության համար վճարելու օգնության հարցում, եթե որոշեք դիմել: Մենք կստուգենք Ձեր պատասխանները՝ օգտագործելով մեր էլեկտրոնային տվյալների շտեմարանները և Ներքին եկամուտների ծառայության (IRS), Սոցիալական ապահովության, Ներքին անվտանգության վարչության և/կամ սպառողների հաշվետվության գործակալության տվյալների շտեմարանները: Եթե տեղեկատվությունը չի համընկնում, մենք կարող ենք խնդրել Ձեզ ուղարկել մեզ հաստատում:

Ինչ պետք է անեմ, եթե կարծում եմ, որ իմ Իրավասության ծանուցագիրը (Eligibility Notice) սխալ է:

- Ձեր հայտադիմումը մշակելուց հետո փոստով կստանաք Իրավասության ծանուցագիր: Եթե համաձայն չեք այն բանի հետ, թե ինչի եք համապատասխանում, շատ դեպքերում կարող եք բողոքարկել: Վերալայե՞ք Ձեր Իրավասության ծանուցագիրը՝ գտնելու բողոքարկման իրահանգստը, որոնք հատուկ են Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անձի համար, ով դիմում է ապահովագրության համար, ներառյալ՝ քանի որ ունեք բողոքարկելու համար: Ահա կարևոր տեղեկատվություն, որը պետք է հաշվի առնել բողոքարկում խնդրելիս.
- Դուք կարող եք ինչ-որ մեկին խնդրել հայցել կամ մասնակցել Ձեր բողոքարկմանը, եթե ցանկանում եք: Այդ անձը կարող է լինել ընկեր, բարեկամ, իրավաբան կամ այլ անհատ: Կամ դուք կարող եք ինքնուրույն հայցել և մասնակցել Ձեր բողոքարկմանը:
 - Եթե Դուք բողոքարկում եք հայցում, Դուք կարող եք պահպանել Ձեր իրավասությունը ապահովագրության համար, քանի դեռ Ձեր բողոքարկումն առկա է:
 - Բողոքարկման արդյունքը կարող է փոխել Ձեր ընտանիքի մյուս անդամների իրավասությունը:

Marketplace-ի իրավասության արդյունքները բողոքարկելու համար այցելե՛ք [HealthCare.gov/marketplace-appeals](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals): Կամ զանգահարե՛ք Marketplace-ի շանգերի կենտրոն՝ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք նաև փոստով ուղարկել բողոքարկման հարցման ձև կամ Ձեր սեփական նամակը՝ բողոքարկման հայցով՝ **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 հասցեով: Դուք կարող եք բողոքարկել առողջապահական ապահովագրություն գնելու իրավասությունը Marketplace-ի միջոցով, գրանցման ժամանակաշրջանները, հարկային սուբսիդիաները, ծախսերի բաշխման կրճատումները, Medicaid-ը և CHIP-ը, եթե դրանք մերժվել են: Եթե Դուք համապատասխանում եք հարկային սուբսիդիաների կամ ծախսերի բաշխման նվազեցման, կարող եք բողոքարկել այն գումարը, որը մենք որոշել ենք, որ Դուք իրավասու եք: Կախված Ձեր նահանգից, Դուք կարող եք բողոքարկել Marketplace-ի միջոցով կամ ստիպված լինեք բողոքարկում ներկայացնել նահանգային Medicaid կամ CHIP գործակալությանը:

ԱՆՁ 1-ը պետք է ստորագրի այս հայտադիմումը: Եթե Դուք լիազորված ներկայացուցիչ եք, կարող եք ստորագրել այստեղ, եթե ԱՆՁ 1-ը ստորագրել է Չվավերացված Ը-ն:

Ստորագրություն	Ստորագրման ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

Եթե Դուք ստորագրում եք այս հայտադիմումը Բաց գրանցման ժամկետից դուրս(տյուբերի 1-հունվարի 15), անպայման աչքի անցկացրե՛ք Չվավերացված Ը-ն («Կյանքի փոփոխությունների վերաբերյալ հարցեր»):



ՀԱՅՏԱԴԻՄՈՒՄԻ ՉԵՑ ԿԱՐԿԱՆՔ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԴԵ ՈՒՆԵՔ: Այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարե՛ք մեզ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: Եթե անվերելից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք 1-800-318-2596 և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:



Քայլ 6. Լրացված հայտադիմումն ուղարկե՛ք փոստով



Ուղարկե՛ք ձեր ստորագրված հայտադիմումը հետևյալ հասցեով՝

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

Ստացե՛ք օգնություն անգլերենից բացի այլ լեզվով

Եթե Դուք կամ ինչ-որ մեկը, ում Դուք օգնում եք, հարցեր ունեք Առողջության ապահովագրության Marketplace-ի վերաբերյալ[®], Դուք իրավունք ունեք Ձեր լեզվով անվճար օգնություն և տեղեկատվություն ստանալ: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք **1-800-318-2596**:

Ահա մի քանի հասանելի լեզուների ցանկ և վերը նշված նույն հաղորդագրությունը այդ լեզուներով.

Español (Spanish)

Usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para comunicarse con un intérprete en español relacionado con el Mercado de seguros médicos, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên bằng tiếng Việt về Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe, xin gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace, tumawag sa 1-800-318-2596.

Փաստաթղթերի կրճատման օրենքի (PRA) տեղեկատվության բացահայտման դրույթ. Համաձայն 1995 թվականի Փաստաթղթերի կրճատման օրենքի՝ ոչ մի անձ պարտավոր չէ արձագանքել տեղեկատվության հավաքագրմանը, եթե այն չի ցուցադրում վավեր OMB հսկիչ համարը: Այս տեղեկատվության հավաքագրման համար վավեր OMB հսկիչ համարն է 0938-1191: Այս տեղեկատվության հավաքագրումն ավարտելու համար պահանջվող ժամանակը գնահատվում է միջինը 45 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, ներառյալ հրահանգները վերանայելու, առկա տվյալների ռեսուրսների որոնման, անհրաժեշտ տվյալների հավաքագրման և տեղեկատվության հավաքագրումն ավարտելու և վերանայելու ժամանակը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ ժամանակի գնահատման(ների) ճշգրտության վերաբերյալ կամ առաջարկներ այս ձևը բարելավելու համար, խնդրում ենք զրել հետևյալ հասցեին՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850:

ՀԱՅՏԱԴԻՄՈՒՄԻ ԴԵՏ ԿԱԴԱՎՔ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԴԵ ՈՒՆԵՔ: Այցելե՛ք HealthCare.gov կամ զանգահարե՛ք մեզ **1-800-318-2596** հեռախոսահամարով: Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք **1-800-318-2596** և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել **1-855-889-4325** հեռախոսահամարով:

Ստացե՛ք օգնություն անգլերենից բացի այլ լեզվով (Շարունակելի)

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health, Insurance Marketplace), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કૉલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596

日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplaceに問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。

Փաստաթղթերի կրճատման օրենքի (PRA) տեղեկատվության բացահայտման դրույթ. Համաձայն 1995 թվականի Փաստաթղթերի կրճատման օրենքի՝ ոչ մի անձ պարտավոր չէ արձագանքել տեղեկատվության հավաքագրմանը, եթե այն չի ցուցադրում վավեր OMB հսկիչ համարը: Այս տեղեկատվության հավաքագրման համար վավեր OMB հսկիչ համարն է 0938-1191: Այս տեղեկատվության հավաքագրումն ավարտելու համար պահանջվող ժամանակը գնահատվում է միջինը 45 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, ներառյալ հրահանգները վերանայելու, առկա տվյալների ռեսուրսների որոնման, անհրաժեշտ տվյալների հավաքագրման և տեղեկատվության հավաքագրումն ավարտելու և վերանայելու ժամանակը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ ժամանակի գնահատման(ների) ճշգրտության վերաբերյալ կամ առաջարկներ այս ձևը բարելավելու համար, խնդրում ենք գրել հետևյալ հասցեին՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850:



ՀԱՅՏԱԴԻՍՈՒՄԻ ԴՆՏ ԿԱԴԱՎՔ ԾԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԴՔ ՈՒՆԵՔ: Այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարե՛ք մեզ 1-800-318-2596 հեռախոսահամարով: Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարե՛ք 1-800-318-2596 և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել 1-855-889-4325 հեռախոսահամարով:

Հավելված A. Առողջապահական ապահովագրական ծածկույթ աշխատատեղերից



Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

Դուք **ԿԱՐԻՔ ԶՈՒՆԵՔ** պատասխանելու այս հարցերին, քանի դեռ ընտանիքում որևէ մեկը իրավասու չէ աշխատանքային առողջության ապահովագրություն ստանալու համար, նույնիսկ եթե նա չի ընդունում ապահովագրությունը: Դուք նաև կարիք չունեք պատասխանելու այս հարցերին, եթե որևէ մեկին առաջարկվող միակ ապահովագրական ծածկույթը COBRA-ն է: Կցեք այս էջի պատճենը յուրաքանչյուր աշխատանքի համար, որն առաջարկում է ապահովագրական ծածկույթ:

Պատմեք մեզ այն աշխատանքի մասին, որն առաջարկում է ապահովագրական ծածկույթ:

Պատճենեք այս էջը և տարեք այն գործատուին, ով առաջարկում է ապահովագրական ծածկույթ՝ օգնելու Ձեզ պատասխանել այս հարցերին:

Աշխատողի մասին տեղեկատվություն

1. Աշխատողի անունը (անուն, միջնանուն, ազգանուն)	2. Աշխատողի սոցիալական ապահովության համարը (SSN)

Գործատուի մասին տեղեկատվություն

3. Գործատուի/ընկերության անվանումը	
4. Գործատուի նույնականացման համարը (EIN)	5. Գործատուի հեռախոսահամարը

Այժմ մուտքագրեք այն անձի կամ ստորաբաժանման տվյալները, ովքեր կառավարում են աշխատակիցների նպաստները: Մենք կարող ենք կապվել այս անձի հետ, եթե մեզ անհրաժեշտ լինի լրացուցիչ տեղեկատվություն:

6. Անձը կամ բաժինը, ում հետ կարող ենք կապ հաստատել աշխատողների առողջության ապահովագրության վերաբերյալ		
7. ա. Գործատուի հասցե (Marketplace-ը կարող է ծանուցում ուղարկել այս հասցեին)		
8. Զաղաք	9. Նահանգ	10. Փոստային ինդեքս
11. Հեռախոսահամար (եթե տարբեր է վերոնշյալից)	12. Էլ. Փոստ	

13. Արդյո՞ք աշխատողին առաջարկվում է առողջապահական ապահովագրություն այս գործատուի կողմից: Ընտրեք «այո» միայն, եթե նրանք կունենան ապահովագրական ծածկույթի առաջարկ հաջորդ ամսվա սկզբի դրությամբ, կամ հունվարի 1-ից, եթե դիմում եք Բաց գրանցման ժամանակ (սոյեմբերի 1-ի հունվարի 15):

☐ ԱՅՈ (Շարունակեք) ☐ ՈՉ (Գործատու. ԴԱՂԱՐՏՏՐԵՔ և վերադարձեք այս ձևը աշխատողին:
ԱՇԽԱՏՈՂ. Վերադարձեք Marketplace-ի ապահովագրական ծածկույթի Ձեր հայտադիմումին:)

Արդյո՞ք գործատուն առաջարկում է առողջապահական ծրագիր, որն ընդգրկում է այս աշխատողի կողակցին կամ խնամքի տակ գտնվող(ներ)ին:

☐ ԱՅՈ: Եթե այո, համար: ☐ Կողակցի ☐ Խնամքի տակ գտնվող(ներ) ☐ ՈՉ (Անցեք հարց 14-ին:)

Թվարկեք աշխատողի ընտանիքի անձանց անունները, ովքեր իրավասու են այս աշխատանքային ապահովագրության համար:

Անուն
Անուն
Անուն

Հարունակությունը հաջորդ էջում



Պատմեք մեզ այս գործատուի կողմից առաջարկվող առողջապահական ապահովագրության մասին:

14. Արդյո՞ք գործատուի կողմից առաջարկվող ծրագրերը համապատասխանում են նվազագույն արժեքի ստանդարտին*:

- ☐ ԱՅՈ (Անցե՞ք հարց 15-ին): ☐ ՈՉ (ԴԱՂԱՐԵՑՐԵՔ և վերադարձրե՞ք այս ձևը աշխատողին):

15. Որքանի՞ն պետք է վճարի աշխատողը **միայն աշխատողին** առաջարկվող նվազագույն արժեքի ծրագրի համար, որը համապատասխանում է նվազագույն արժեքի ստանդարտին*: Մի՞ ներառե՞ք ընտանեկան ծրագրերը:

a. Աշխատողը կվճարի այս ապահովագրավճարը՝ \$

Նշում. Մուտքագրե՛ք նվազագույն գումարը, որը աշխատողը կարող է վճարել առողջապահական ապահովագրության համար:

- b. Աշխատողը կվճարի այս գումարը. ☐ Շաբաթական կտրվածքով ☐ Ամեն 2 շաբաթը մեկ ☐ Ամսական երկու անգամ ☐ Ամսական մեկ անգամ ☐ Եռամսյա կտրվածքով ☐ Տարեկան կտրվածքով

16. **Եթե ընտանիքի մյուս անդամները նշված են հարցի 13-ի համար.** Որքանի՞ն կվճարի աշխատողը ամենաեժան պլանի համար, որն ընդգրկում է աշխատողին և հարց 13-ում թվարկված ընտանիքի անդամներին: Եթե գործատուն առաջարկում է առողջապահական ապահովագրության ծրագրեր, մուտքագրե՛ք այն ապահովագրավճարը, որը աշխատողը կվճարեր, եթե աշխատողը առավելագույն զեղչ ստանա ծխախոտի դադարեցման ծրագրերի համար և չստանար այլ զեղչեր առողջապահական ապահովագրության ծրագրերի հիման վրա:

a. Աշխատողը կվճարի այս ապահովագրավճարը՝ \$

- b. Աշխատողը կվճարի այս գումարը՝ ☐ Շաբաթական կտրվածքով ☐ Ամեն 2 շաբաթը մեկ ☐ Ամսական երկու անգամ ☐ Ամսական մեկ անգամ ☐ Եռամսյա կտրվածքով ☐ Տարեկան կտրվածքով

* Առողջապահական ծրագիրը համապատասխանում է նվազագույն արժեքի ստանդարտին, եթե վճարում է ստանդարտ բնակչության համար բժշկական ծառայությունների ընդհանուր արժեքի առնվազն 60%-ը և առաջարկում է հիվանդանոցային և բժշկական ծառայությունների զգալի ապահովագրական ծածկույթ: Աշխատանքի վրա հիմնված պլանների մեծ մասը համապատասխանում է նվազագույն արժեքի ստանդարտին:



Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027

Հավելված B.



ՀԱՅՏԱԴԻՍՈՒՄԻ ՀԵՏ ԿԱԴՎԱԾ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԵՔ: Այցելե՛ք [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) կամ զանգահարե՛ք մեզ **1-800-318-2596** հեռախոսահամարով: Եթե անգլերենից բացի այլ լեզվով օգնության կարիք ունե՛ք, զանգահարե՛ք **1-800-318-2596** և ասե՛ք հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչին Ձեզ անհրաժեշտ լեզուն: Մենք Ձեզ անվճար օգնություն կտրամադրենք: TTY օգտագործողները կարող ենք զանգահարել **1-855-889-4325** հեռախոսահամարով:

1. Հայտարարվում է մեկնարկի ամսաթիվը (մմ/օր/տոտո)

2. Անուն, միջնանուն, ազգանուն, ազգանվանի տրվող վերջավորություն

3. Կազմակերպության անվանում

4. ID համարը (եթե կիրառելի է)

5. Միայն գործակալներ/բրոքերներ. NPN համարը

Դուք կարող եք վստահված անձի թույլտվություն տալ՝ խոսելու այս հայտադիմումի մասին մեզ հետ, հասանելիություն ունենալ Ձեր տեղեկատվությանը և գործել Ձեր փոխարեն այս հայտադիմումի հետ կապված հարցերի շուրջ, ներառյալ Ձեր դիմումի մասին տեղեկություններ ստանալու և Ձեր հայտադիմումը Ձեր անունից ստորագրելու: Այս անձը կոչվում է «կազմողական ներկայացուցիչ»: Եթե երբևէ Ձեզ անհրաժեշտ լինի փոխել կամ հեռացնել Ձեր կազմողական ներկայացուցչին, դիմեք Marketplace-ին: Եթե դուք օրինակակախորեն նշանակված ներկայացուցիչ եք այս հայտադիմումում ինչ-որ մեկի համար, ապա հայտադիմումի հետ ներկայացնեք ապացույցներ:

1. Լիազոր ներկայացուցչի անունը (անուն, միջնանուն, ազգանուն)

2. Հասցե

3. Հասցե 2

4. Զադաք

5. Նախանգ

6. Փաստային ինդեքս

7. Հեռախոսահամար

8. Կազմակերպության անվանումը

9. ID համարը (եթե կիրառելի է)

Ստորագրելով՝ Դուք թույլ եք տալիս այս անձին ստորագրել Ձեր հայտադրամունքը, ստանալ պաշտոնական տեղեկատվություն այս հայտադրամունքի մասին և գործել Ձեր փոխարեն այս հայտադրամունքի հետ կապված հետագա բոլոր հարցերի շուրջ:

10. Այս հայտարարվումում նշված ԱՆԶԻ 1-ի ստորագրությունը

11. Ստորագրման ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)



Հավելված D. Կյանքի փոփոխությունների վերաբերյալ հարցեր

(Դուք պետք է լրացնեք այս հայտադիմումի մնացած մասը այս էջի հետ միասին: Մի ուղարկեք այս էջն առանձին:)

Եթե այս հայտադիմումում որևէ մեկի կյանքում որոշակի փոփոխություններ են տեղի ունեցել, ինչպիսիք են՝ առողջապահական ապահովագրությունը կորցնելը, ամուսնանալը կամ երեխա ունենալը, վերջին 60 օրվա ընթացքում (ԿԱՄ ակնկալում է, որ դա տեղի կունենա հաջորդ 60 օրվա ընթացքում), լրացրեք այս էջը և ներառեք այն լրացված, ստորագրված հայտադիմումում: Կյանքում որոշ փոփոխություններ թույլ են տալիս անմիջապես սկսել Ձեր ապահովագրությունը Marketplace-ի միջոցով: Մենք նաև խորհուրդ ենք տալիս պատասխանել այս հարցերին, եթե դիմում եք Բաց գրանցման շրջանից դուրս (օրինակ՝ 1-հունվարի 15):

Այս հարցերը կամընտրել են: Եթե Ձեր կյանքի հանգամանքները չեն փոխվել, կարող եք դատարկ թողնել պատասխանները: Դուք կարող եք գրանցվել Medicaid-ում և Երեխաների առողջապահական ապահովագրության ծրագրին (CHIP) տարվա ցանկացած ժամանակ, նույնիսկ եթե կյանքում փոփոխություններ չեն ունեցել: Դաշնային մակարդակով ճանաչված ցեղերի անդամները և Ալյասկայի բնիկ բաժնետերերը կարող են ընդգրկվել Marketplace-ի միջոցով տարվա ցանկացած ժամանակ:

Պատմեք մեզ Ձեր ընտանիքում տեղի ունեցած փոփոխությունների մասին:

1. Արդյո՞ք որևէ մեկը կորցրել է համապատասխանող առողջապահական ծածկույթը վերջին 60 օրվա ընթացքում, կամ ակնկալում է, որ կկորցնի համապատասխանող բժշկական ապահովագրությունը հաջորդ 60 օրվա ընթացքում:

Անուն(ներ)	Ապահովագրական ծածկույթի ավարտի կամ գործողության ժամկետի ամսաթիվը (ամիս, օր, տարի)

2. Արդյո՞ք վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ մեկն ամուսնացել է:

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

a. Արդյո՞ք այս մարդկանցից որևէ մեկը վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ ժամանակ ունեցել է համապատասխան բժշկական ապահովագրություն: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, ապա մուտքագրե՞ք նրանց անուն(ներ)ը ստորև.

Անուն(ներ)

3. Վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ մեկը ազատվել է կալանքից (ազատագրվումից կամ բանտից):

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

4. Որևէ մեկը վերջին 60 օրվա ընթացքում ներգաղթի իրավունք ստացել է:

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

5. Վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ մեկը որդեգրվել է, որդեգրման տրվել կամ խնամատարության հանձնվել:

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

6. Վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ մեկը խնամյալ է դարձել երեխայի խնամքի կամ դատական այլ որոշման պատճառով:

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

7. Վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ մեկը տեղափոխվել է Ձեր տուն:

Անուն(ներ)	Ամսաթիվ (ամիս, օր, տարի)

a. Ո՞րն է Ձեր նախորդ հասցեի փոստային կոդը: ☐ Լրացրե՞ք այստեղ, եթե Դուք տեղափոխվել եք օտար երկրից կամ ԱՄՆ տարածքից:

b. Արդյո՞ք այս մարդկանցից որևէ մեկը վերջին 60 օրվա ընթացքում որևէ ժամանակ ունեցել է համապատասխան բժշկական ապահովագրություն: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, ապա մուտքագրե՞ք նրանց անուն(ներ)ը ստորև.

Անուն(ներ)

