



## Antrag für Krankenversicherung & Hilfe bei der Bezahlung von Kosten

Form Approved  
OMB No. 0938-1213

➔ **Beantragen Sie schneller online unter [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)**



**Benutzen Sie diesen Antrag, um zu sehen zu welcher Krankenversicherung Sie berechtigt-Krankenversicherung Sie berechtigt sind**

- Erschwingliche private Krankenversicherung, die umfassende Deckung bietet, um Ihnen zu helfen gesund zu bleiben.
  - Eine neue Steuergutschrift, die Ihnen unmittelbar dabei helfen kann Ihre Beiträge für Krankenversicherung zu bezahlen.
  - Kostenlose oder kostengünstige Deckung durch Medicaid oder das Kinderkrankenversicherungsprogramm (Children's Health Insurance Program - CHIP).
- Sie könnten zu einer kostenlosen oder kostengünstigen Krankenversicherung berechtigt sein, selbst wenn Sie bis zu \$95.400 pro Jahr verdienen (für eine Familie mit 4 Mitgliedern).**



**Wer kann diesen Antrag nutzen?**

- Nutzen Sie diesen Antrag, um einen Antrag für einen jeden in Ihrer Familie zu stellen.
- **Bewerben Sie sich sogar, wenn Sie oder Ihr Kind schon Krankenversicherung haben. Sie könnten zu kostenloser oder kostengünstiger Krankenversicherung berechtigt sein.**
- Wenn Sie alleinstehend sind, könnten Sie ein kürzeres Formular benutzen. Besuchen Sie [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).
- Familien, die Familienmitglieder haben, die Einwanderer sind können ebenfalls einen Antrag stellen. Sie können einen Antrag für Ihr Kind stellen, selbst wenn Sie nicht zu Krankenversicherung berechtigt sind. Ein Antrag wird Ihren Einwanderungsstatus oder Ihre Chancen ein Green-Card Inhaber oder US- Staatsbürger zu werden nicht beeinflussen.
- Wenn Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Antrags hilft, müssen Sie möglicherweise Anhang C ausfüllen.



**Was Sie möglicherweise für den Antrag brauchen**

- Sozialversicherungsnummer (Social Security Number) (oder Dokumentennummer für berechtigte Einwanderer, die Krankenversicherung benötigen).
- Arbeitgeber- und Einkommensinformationen für jeden in Ihrer Familie (zum Beispiel aus Lohnabrechnungen, W-2 Formularen oder Gehalts- und Steuerdokumenten).
- Versicherungsnummer für jede gegenwärtige Krankenversicherung.
- Informationen zu allen Krankenversicherungen, die für Ihre Familie durch die Arbeit erhältlich sind.



**Warum fragen wir nach diesen Informationen?**

Wir fragen nach Einkommen und anderen Informationen, um Ihnen sagen zu können zu welcher Krankenversicherung Sie berechtigt sind und ob Sie irgendwelche Hilfe erhalten können, um diese zu bezahlen. **Wir werden alle Informationen vertraulich und sicher behandeln, wie dies vom Gesetz vorgeschrieben ist.** Um sich die Datenschutzerklärung anzusehen, besuchen Sie [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) oder sehen Sie sich die Anleitungen an.



**Was passiert als nächstes?**

Schicken Sie Ihren ausgefüllten, unterschriebenen Antrag an die Adresse auf Seite 7 ein. **Wenn Sie nicht alle Informationen haben, die wir erbitten, unterzeichnen und reichen Sie Ihren Antrag dennoch ein.** Wir werden uns mit Ihnen innerhalb von 1-2 Wochen in Verbindung setzen und **Sie könnten einen Anruf vom Marketplace erhalten, wenn wir mehr Informationen benötigen.** Sie werden einen Berechtigungsfeststellungsbescheid in der Post erhalten, nachdem Ihr Antrag bearbeitet wurde. Wenn Sie nicht von uns hören, kontaktieren Sie das Marketplace Callcenter. Dass Sie diesen Antrag ausgefüllt haben, bedeutet nicht, dass Sie Krankenversicherung haben.



**Für Hilfe mit diesem Antrag**

**Online:** [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).

- **Telefon:** Rufen Sie das Marketplace Callcenter unter **1-800-318-2596** an. Benutzer von Texttelefonen sollten **1-855- 889-4325** anrufen.
- **Persönlich:** Es könnte Antragsberater in Ihrem Gebiet geben, die helfen können. Besuchen Sie [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov), oder rufen Sie das Marketplace Callcenter unter **1- 800-318-2596** an, um mehr Informationen zu erhalten.
- **Andere Sprachen:** Wenn Sie Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch benötigen, rufen Sie **1-800-318-2596** an und sagen Sie dem Kundenberater, welche Sprache Sie benötigen. Wir geben Ihnen diese Hilfe kostenlos.

Sie haben das Recht, die in diesem Produkt enthaltenen Informationen in einem alternativen Format zu erhalten. Sie haben auch das Recht, eine Beschwerde einzureichen, falls Sie glauben, dass Sie benachteiligt wurden. Besuchen Sie [www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](http://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html), oder rufen Sie das Marketplace-Callcenter unter **1-800-318-2596** an, um mehr Informationen zu erhalten. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer **1-855-889-4325** anrufen.

**Offenlegungserklärung zum Gesetz zur Vermeidung unnötiger Formulare:** Entsprechend dem Gesetz zur Vermeidung unnötiger Formulare von 1995, ist niemand verpflichtet auf eine Informationssammlung zu antworten, es sein denn, das diese mit einer gültigen OMB Kontrollnummer versehen ist. Die gültige OMB Kontrollnummer für diese Informationssammlung ist 0938-1191. Die zum Ausfüllen dieser Informationssammlung benötigte Zeit wird auf 45 Minuten pro Antwort geschätzt, einschließlich der Zeit zur Ansicht der Anleitungen, Suche nach Datenquellen, Sammlung der Informationen und dem Ausfüllen und der Überprüfung der Informationssammlung. Wenn Sie Bemerkungen bezüglich der Zeitschätzung(en) oder Vorschläge zur Verbesserung dieses Formulars haben, schreiben Sie bitte an: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Bitte schreiben Sie nur in Druckschrift mit schwarzer oder blauer Tinte

Füllen Sie die Kreise (○) so aus → ●.

## SCHRITT 1: Informationen zu Ihrer Person.

(Wir brauchen einen Erwachsenen in der Familie als Kontaktperson für Ihren Antrag.)

1. Vorname	Mittelnname	Nachname	Zusatz (Jun., Sen. usw.)
[Redacted]			
2. Wohnadresse (Freilassen, wenn Sie keine haben.)			3. Apartment-/Wohnungsnummer
[Redacted]			[Redacted]
4. Stadt	5. Bundesstaat	6. Postleitzahl (ZIP code)	7. Landkreis (County, Parish oder Township)
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
8. Postadresse (wenn verschieden von Wohnadresse)			9. Apartment-/Wohnungsnummer
[Redacted]			[Redacted]
10. Stadt	11. Bundesstaat	12. Postleitzahl (ZIP code)	13. Landkreis (County, Parish oder Township)
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
14. Telefonnummer am Tag ( [Redacted] ) [Redacted] - [Redacted]		15. Telefonnummer am Abend ( [Redacted] ) [Redacted] - [Redacted]	
16. Möchten Sie Informationen über diesen Antrag per E-Mail erhalten?..... <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
E-Mail-Adresse: [Redacted]			
17. Was ist Ihre bevorzugte gesprochene Sprache? Was ist Ihre bevorzugte geschriebene Sprache? [Redacted]			

## SCHRITT 2: Informationen zu Ihrer Familie.

### Wen müssen Sie in diesen Antrag mit einschließen?

Füllen Sie den Schritt auf Seite 2 für jede Person in Ihrer Familie und Ihrem Haushalt aus, selbst wenn diese Person schon eine Krankenversicherung hat. Die Informationen in diesem Antrag hilft uns sicherzustellen, dass jeder die beste Versicherung bekommt, die er oder sie erhalten kann. Die Höhe der Hilfe oder die Art des Programms, zu der/dem Sie berechtigt sind, hängt von der Anzahl der Personen in Ihrer Familie und deren Einkommen ab. Wenn Sie niemanden einschließen, selbst wenn dieser/diese schon eine Krankenversicherung hat, könnten Ihre Berechtigungsergebnisse beeinträchtigt sein.

### Für Erwachsene, die Krankenversicherung benötigen:

Schließen Sie auch die folgenden Personen ein, selbst wenn diese nicht Krankenversicherung für sich selbst beantragen:

- jeden Ehepartner
- jeden Sohn oder jede Tochter unter dem Alter von 21 Jahren, einschließlich Stiefkindern
- jede andere Person, die auf der Bundessteuererklärung (Federal Income Tax Return) erscheint (einschließlich jedem Kind, das über 21 Jahre alt ist und auf der Steuererklärung eines Elternteils geltend gemacht wird). Sie brauchen keine Steuererklärung abgeben, um eine Krankenversicherung zu erhalten.

### Für Kinder unter 21 Jahren, die Krankenversicherung benötigen:

Schließen Sie auch die folgenden Personen ein, selbst wenn diese nicht Krankenversicherung für sich selbst beantragen:

- jedes Elternteil (oder Stiefelternteil) mit denen sie wohnen
- jedes Geschwister mit denen sie wohnen
- jeden Sohn oder jede Tochter mit denen Sie wohnen, einschließlich Stiefkindern
- Jede andere Person auf der selben Bundessteuererklärung (Federal Tax Income Return). Sie brauchen keine Steuererklärung abgeben, um eine Krankenversicherung zu erhalten.

### Vollenden Sie den Schritt auf Seite 2 für jede Person in Ihrer Familie.

Fangen Sie bei sich selbst an und fügen Sie dann andere Erwachsene und Kinder hinzu. Wenn Sie mehr als 2 Personen in Ihrer Familie haben, müssen Sie eine Kopie der Seiten machen und diese anfügen.

Sie brauchen den Einwanderungsstatus oder die Sozialversicherungsnummer (Social Security Nummer - SSN) nicht für Familienmitglieder angeben, die keine Krankenversicherung benötigen. Wir werden alle Informationen, die Sie angeben, vertraulich und sicher behandeln. Wir werden persönliche Informationen nur benutzen, um zu prüfen, ob Sie für eine Krankenversicherung berechtigt sind.

**?** BRAUCHEN SIE HILFE MIT IHREM ANTRAG? Besuchen Sie [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov), oder rufen Sie uns an unter **1-800-318-2596**. Wenn Sie Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch benötigen, rufen Sie **1-800-318- 2596** an und sagen Sie dem Kundenberater, welche Sprache Sie benötigen. Wir geben Ihnen diese Hilfe kostenlos. Benutzer von Texttelefonen sollten **1-855-889- 4325** anrufen.



## SCHRITT 2: PERSON 1 (Fangen Sie mit sich selbst an.)

Füllen Sie Schritt 2 für sich selbst, Ihren Ehepartner und Kinder, die mit Ihnen wohnen und/oder jeden aus, der auf Ihrer Bundessteuererklärung (Federal Income Tax Return) erscheint. Siehe Seite 1 für mehr Informationen dazu, wer darin eingeschlossen ist. Wenn Sie keine Steuererklärung abgeben, erinnern Sie sich daran, dennoch Familienmitglieder, die bei Ihnen wohnen, anzugeben.

1. Vorname	Mittelnname	Nachname	Zusatz (Jun., Sen. usw.)
[Redacted]			

2. Beziehung zu PERSON 1? <b>SELBST</b>	3. Sind Sie verheiratet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	4. Geburtsdatum (Monat/Tag/Jahr) [Redacted]	5. Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
--	---	--	--

6. Sozialversicherungsnummer (Social Security Number - SSN) [Redacted]

**Wir benötigen eine Sozialversicherungsnummer (Social Security Number, SSN), wenn Sie Krankenversicherungsschutz wünschen und eine Sozialversicherungsnummer haben oder erhalten können.** Wir benutzen die Sozialversicherungsnummern, um Einkommen und andere Informationen zu überprüfen, um herauszufinden, wer zu Hilfe bei der Bezahlung von Krankenversicherungsschutz berechtigt ist. Wenn Sie Hilfe beim Erhalten einer Sozialversicherungsnummer benötigen, besuchen Sie [security.gov](http://security.gov) oder rufen Sie Social Security unter 1-800-772-1213 an. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer 1-800-325-0778 anrufen..

7. **Planen Sie eine Bundessteuererklärung im NÄCHSTEN JAHR abzugeben?** Sie können noch immer Krankenversicherung beantragen, selbst wenn Sie keine Bundessteuererklärung abgeben.

**JA. Wenn ja**, beantworten Sie bitte Fragen a-c.  **NEIN. Wenn nicht**, überspringen Sie zu Frage c.

a. Werden Sie eine gemeinsame Steuererklärung mit Ihrem Ehepartner abgeben?..... Ja  Nein  
**Wenn ja**, geben Sie den Namen Ihres Ehepartners an: [Redacted]

b. Werden Sie irgendwelche unterhaltsberechtigten Angehörige auf Ihrer Steuererklärung geltend machen?..... Ja  Nein  
**Wenn ja**, listen Sie Name(n) der unterhaltsberechtigten Angehörigen auf: [Redacted]

c. Werden Sie als ein unterhaltsberechtigter Angehöriger auf der Einkommenssteuererklärung eines Anderen geltend gemacht?..... Ja  Nein  
**Wenn ja**, geben Sie den Namen des Erklärenden an: [Redacted] Wie sind Sie mit dem Erklärenden verwandt? [Redacted]

8. Sind Sie schwanger?..... Ja  Nein a. **Wenn ja**, wie viele Babys erwarten Sie in dieser Schwangerschaft? [Redacted]

9. **Brauchen Sie Krankenversicherung?** Selbst wenn Sie Krankenversicherung haben, könnte es eine Krankenversicherung mit besserer Deckung und zu einem niedrigeren Preis geben.

**JA. Wenn ja**, beantworten Sie alle unten stehenden Fragen.  **NEIN. Wenn nicht**, ÜBERSPRINGEN Sie bis zu den Fragen bezüglich Einkommen auf Seite 3. Lassen Sie den Rest dieser Seite unausgefüllt.

10. Haben Sie eine körperliche, mentale oder emotionale Erkrankung, die Sie in Ihrer Bewegungsfreiheit einschränkt (z. B. beim Baden, Anziehen, alltägliche Aufgaben) oder wohnen Sie in einer medizinischen Einrichtung oder einem Pflegeheim?..... Ja  Nein

11. Sind Sie ein **US-Staatsbürger (U.S. citizen)** oder haben Sie **US- Staatszugehörigkeit (U.S. national)**?..... Ja  Nein

12. Sind Sie ein eingebürgerter **Staatsbürger** oder ist Ihre **Staatsbürgerschaft** abgeleitet? (Das bedeutet, dass Sie außerhalb der USA geboren wurden.)

**JA. Wenn ja**, füllen Sie a und b aus.  **NEIN. Wenn nicht**, überspringen Sie bis zu Frage 13.

a. Ausländernummer (Alien number): [Redacted] b. Zertifikatnummer: [Redacted]

Nachdem Sie a und b ausgefüllt haben, ÜBERSPRINGEN Sie bis zu Frage 14.

13. **Wenn Sie kein US-Staatsbürger sind oder US-Staatszugehörigkeit besitzen**, haben Sie einen berechtigten Einwanderungsstatus?  **JA**. Tragen Sie die Dokumentenart und die ID-Nummer ein. (Siehe Anleitungen.)

Einwanderungsdokumentenart	Statusart (freiwillig)	Schreiben Sie Ihren Namen, wie er auf dem Einwanderungsdokument erscheint.
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Ausländernummer (Alien number) oder I-94-Nummer	Kartennummer oder Passnummer	
[Redacted]	[Redacted]	
SEVIS ID oder Ablaufdatum (freiwillig)	Andere (Kategoriecode oder Ausstellungsland)	
[Redacted]	[Redacted]	

a. Haben Sie in den USA seit 1996 gelebt?..... Ja  Nein  
b. Sind Sie, Ihr Ehepartner oder ein Elternteil von Ihnen ein Veteran oder ein aktives Mitglied des US-Militärs?..... Ja  Nein

14. Wünschen Sie Hilfe bei der Bezahlung von medizinischen Rechnungen aus den letzten 3 Monaten?..... Ja  Nein

15. Wohnen Sie mit wenigstens einem Kind unter 19 Jahren und sind Sie die Hauptperson, die sich um dieses Kind kümmert? (Wählen Sie "ja", wenn Sie oder Ihr Ehepartner sich um dieses Kind kümmern.)..... Ja  Nein

16. Teilen Sie uns die Namen aller Kinder unter 19 Jahren, die mit Ihnen in Ihrem Haushalt leben, und Ihre Beziehung zu Ihnen mit:  
[Redacted]

17. Sind Sie ein Vollzeitstudent?..... Ja  Nein 18. Waren Sie in einer Pflegefamilie im Alter von 18 oder darüber?..... Ja  Nein

**Freiwillig:** (Füllen Sie alles Zutreffende aus.)

19. Rasse:  Weißer  Schwarzer oder Afroamerikaner  indianischer Ureinwohner/Ureinwohner Alaskas  Filipino  Japaner  Koreaner  Inder  Chinese  Vietnamese  anderer Asiate  eingeborener Hawaiianer  Guamianer oder Chamorro  Samoaner  Einwohner anderer Pazifischer Inseln  andere \_\_\_\_\_

**BRAUCHEN SIE HILFE MIT IHREM ANTRAG?** Besuchen Sie [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov), oder rufen Sie uns an unter **1-800-318-2596**. Wenn Sie Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch benötigen, rufen Sie **1-800-318- 2596** an und sagen Sie dem Kundenberater, welche Sprache Sie benötigen. Wir geben Ihnen diese Hilfe kostenlos. Benutzer von Texttelefonen sollten **1-855-889- 4325** anrufen.



**SCHRITT 2: PERSON 1** (Machen Sie mit sich selbst weiter.)

**Informationen zum gegenwärtigen Einkommen und zur gegenwärtigen Arbeit**

**Erwerbstätig:** Wenn Sie gegenwärtig erwerbstätig sind, geben Sie uns Informationen zu Ihrem Einkommen. Beginnen Sie mit Frage 21.  **Nicht erwerbstätig:** Überspringen Sie zu Frage 31.  **Selbstständig:** Überspringen Sie zu Frage 30..

**Gegenwärtige Arbeit 1:**

21. Name des Arbeitgebers  
 \_\_\_\_\_

a. Adresse des Arbeitgebers  
 \_\_\_\_\_

b. Stadt \_\_\_\_\_ c. Bundesstaat \_\_\_\_\_ d. Postleitzahl (ZIP code) \_\_\_\_\_ 22. Telefonnummer des Arbeitgebers  
 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

23. Löhne/Trinkgelder (vor Steuern) \$ \_\_\_\_\_  Bezahlung pro Stunde  Bezahlung pro Woche  
 Bezahlung aller 2 Wochen  Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung pro Monat  Bezahlung pro Jahr 24. durchschnittliche Arbeitszeit jede WOCHEN  
 \_\_\_\_\_

**Gegenwärtige Arbeit 2:** (Wenn Sie zusätzliche Arbeit haben und mehr Platz benötigen, fügen Sie ein weiteres Blatt an.)

25. Name des Arbeitgebers  
 \_\_\_\_\_

a. Adresse des Arbeitgebers  
 \_\_\_\_\_

b. Stadt \_\_\_\_\_ c. Bundesstaat \_\_\_\_\_ d. Postleitzahl (ZIP code) \_\_\_\_\_ 26. Telefonnummer des Arbeitgebers  
 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

27. Löhne/Trinkgelder (vor Steuern) \$ \_\_\_\_\_  Bezahlung pro Stunde  Bezahlung pro Woche  
 Bezahlung aller 2 Wochen  Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung pro Monat  Bezahlung pro Jahr 28. durchschnittliche Arbeitszeit jede WOCHEN  
 \_\_\_\_\_

29. **Haben Sie im letzten Jahr:**  die Arbeit gewechselt  aufgehört zu arbeiten  damit angefangen weniger zu arbeiten  nichts davon

**30. Wenn Sie selbständig sind, beantworten Sie a und b:**

a. Art der Arbeit: \_\_\_\_\_

b. Wie viel Nettoverdienst (Gewinn nach Abzug der Geschäftskosten) werden Sie diesen Monat aus selbständiger Arbeit erhalten? *Siehe Anleitungen.* \$ \_\_\_\_\_

31. **Anderes Einkommen, dass Sie in diesem Monat erhalten:** Füllen Sie alles Zutreffende aus und geben Sie den Betrag und wie oft Sie ihn erhalten an. Füllen Sie hier aus, wenn nicht.  **BEACHTEN SIE:** Sie müssen Ihr Einkommen aus Kindesunterhalt, Zahlungen an Veteranen oder staatlichen Unterstützungszahlungen (Supplemental Security Income - SSI) nicht angeben.

<input type="radio"/> Arbeitslosengeld \$ _____ Wie oft? _____	<input type="radio"/> erhaltene Unterhaltszahlungen \$ _____ Wie oft? _____
<input type="radio"/> Rente \$ _____ Wie oft? _____	<input type="radio"/> Nettoeinkommen aus Landbau/Fischerei \$ _____ Wie oft? _____
<input type="radio"/> Sozialversicherung \$ _____ Wie oft? _____	<input type="radio"/> Nettoeinkommen aus Vermietung/ Nutzungsgebühren \$ _____ Wie oft? _____
<input type="radio"/> Pensionsrücklagen \$ _____ Wie oft? _____	<input type="radio"/> Anderes Einkommen Art: _____ \$ _____ Wie oft? _____

32. **Abzüge:** Füllen Sie alles Zutreffende aus und geben Sie den Betrag und wie oft Sie ihn erhalten an. Wenn Sie für bestimmte Dinge bezahlen, die auf der Bundessteuererklärung geltend gemacht werden können, kann dies die Kosten für die Krankenversicherung ein wenig verringern. **BEACHTEN SIE:** Sie sollten Kindesunterhalt, den Sie zahlen oder Kosten, die schon in Ihrer Antwort zum Nettoeinkommen aus selbständiger Arbeit (Frage 30b) eingerechnet sind, nicht einbeziehen.

<input type="radio"/> gezahlter Unterhalt \$ _____ Wie oft? _____	<input type="radio"/> Andere Abzüge \$ _____ Wie oft? _____
<input type="radio"/> Zinsen auf Studienkredite \$ _____ Wie oft? _____	Art: _____

33. **Füllen Sie diese Frage aus, wenn sich Ihr Einkommen über das Jahr hinweg verändert,** wenn Sie zum Beispiel eine Arbeit nur für einen Teil des Jahres machen oder eine Zuwendung nur in bestimmten Monaten erhalten. Wenn Sie keine Veränderungen Ihres monatlichen Einkommens erwarten, überspringen Sie zur nächsten Person. ➔

Ihr gesamtes Einkommen **dieses Jahr** \$ \_\_\_\_\_

Ihr gesamtes Einkommen **nächstes Jahr** (wenn Sie glauben, dass es anders sein wird) \$ \_\_\_\_\_

**Danke! Dies ist alles, was wir über Sie wissen müssen.**



**SCHRITT 2: PERSON 2**

**BEACHTEN SIE:** Wenn dies Person keine Krankenversicherung benötigt, beantworten Sie nur Fragen 1-10 auf dieser Seite. Machen Sie eine Kopie der Seiten 4-5, wenn es mehr als 2 Personen in Ihrem Haushalt gibt.

Füllen Sie diese Seite für sich selbst, Ihren Ehepartner und Kinder, die mit Ihnen wohnen und/oder jeden aus, der auf Ihrer Bundessteuererklärung (Federal Income Tax Return) erscheint, wenn Sie eine abgeben. Wenn Sie keine Steuererklärung abgeben, erinnern Sie sich daran, dennoch Familienmitglieder, die bei Ihnen wohnen, anzugeben. Siehe Seite 1 für mehr Informationen dazu, wer darin eingeschlossen ist.

1. Vorname  Mittelname  Nachname  Zusatz (Jun., Sen. usw.)

2. Beziehung zu PERSON 1? *Siehe Anleitungen.*   
 3. Ist PERSON 2 verheiratet?  Ja  Nein  
 4. Geburtsdatum (Monat/Tag/Jahr) / /   
 5. Geschlecht  männlich  weiblich

6. Sozialversicherungsnummer (SSN) -- **★ Wir brauchen diese, wenn Sie Krankenversicherung für PERSON 2 wollen und PERSON 2 eine Sozialversicherungsnummer besitzt.**

7. Lebt PERSON 2 unter der gleichen Adresse wie Person 1?  Ja  Nein  
**Wenn nicht**, listen Sie die Adresse auf:

8. **Plant PERSON 2 eine Bundessteuererklärung im NÄCHSTEN JAHR abzugeben?** *(Sie können noch immer Krankenversicherung beantragen, selbst wenn PERSON 2 keine Bundessteuererklärung abgibt.)*  
 **JA. Wenn ja**, beantworten Sie Fragen a-c.  **NEIN. Wenn nicht**, überspringen Sie zu Frage c.  
 a. Wird PERSON 2 eine gemeinsame Steuererklärung mit einem Ehepartner abgeben?  Ja  Nein  
**Wenn ja**, geben Sie den Namen Ihres Ehepartners an:   
 b. Wird PERSON 2 irgendwelche unterhaltsberechtigten Angehörigen auf seiner oder ihrer Steuererklärung geltend machen?  Ja  Nein  
**Wenn ja**, listen Sie Name(n) der unterhaltsberechtigten Angehörigen auf:   
 c. Wird PERSON 2 als ein unterhaltsberechtigter Angehöriger auf der Einkommenssteuererklärung eines Anderen geltend gemacht?  Ja  Nein  
**If yes**, please list the name of the tax filer:  How is PERSON 2 related to the tax filer?

9. Ist PERSON 2 schwanger?  Ja  Nein a. **Wenn ja**, wie viele Babys werden in dieser Schwangerschaft erwartet?

10. **Braucht PERSON 2 Krankenversicherung?** *(Selbst wenn PERSON 2 eine Krankenversicherung hat, könnte es eine Krankenversicherung mit besserer Deckung oder zu einem niedrigeren Preis geben.)*  
 **JA. Wenn ja**, beantworten Sie alle unten stehenden Fragen.  **NEIN. Wenn nicht**, ÜBERSPRINGEN Sie bis zu den Fragen bezüglich Einkommen auf Seite 5. Lassen Sie den Rest dieser Seite unausgefüllt.

11. Hat PERSON 2 eine körperliche, mentale oder emotionale Erkrankung, die sie in Ihrer Bewegungsfreiheit einschränkt (z. B. beim Baden, Anziehen, alltägliche Aufgaben) oder wohnt sie in einer medizinischen Einrichtung oder einem Pflegeheim?  Ja  Nein

12. Ist PERSON 2 ein **US- Staatsbürger** (U.S. citizen) oder hat sie **US-Staatszugehörigkeit** (U.S. national)?  Ja  Nein

13. Ist PERSON 2 ein eingebürgerter **Staatsbürger** oder ist seine oder ihre **Staatsbürgerschaft** abgeleitet? *(Das bedeutet, dass er oder sie außerhalb der USA geboren wurde.)*  
 **JA. Wenn ja**, füllen Sie a und b aus.  **NEIN. Wenn nicht**, überspringen Sie bis zu Frage 14..

a. Ausländernummer (Alien number)  b. Zertifikatnummer   
 Nachdem Sie a und b ausgefüllt haben, ÜBERSPRINGEN Sie bis zu Frage 15.

14. **Wenn PERSON 2 kein US- Staatsbürger ist oder US- Staatszugehörigkeit besitzt**, hat er oder sie einen berechtigten Einwanderungsstatus?  **JA**. Tragen Sie die Dokumentenart und die ID-Nummer ein. *Siehe Anleitungen.*  
 Einwanderungsdokumentenart:  Statusart (freiwillig)::  Schreiben Sie den Namen von PERSON 2, wie er auf dem Einwanderungsdokument erscheint.

Ausländernummer (Alien number) oder I-94-Nummer  Kartenummer oder Passnummer

SEVIS ID oder Ablaufdatum (freiwillig)  Andere (Kategoriecode oder Ausstellungsland)

a. Andere (Kategoriecode oder Ausstellungsland)  Ja  Nein  
 b. Ist PERSON 2 oder der Ehepartner oder ein Elternteil von PERSON 2 ein Veteran oder ein aktives Mitglied des US-Militärs?  Ja  Nein

15. Wünscht PERSON 2 Hilfe bei der Bezahlung von medizinischen Rechnungen aus den letzten 3 Monaten?  Ja  Nein

16. Wohnt PERSON 2 mit wenigsten einem Kind unter 19 Jahren und ist PERSON 2 die Hauptperson, die sich um dieses Kind kümmert? *(Wählen Sie "ja", wenn PERSON 2 oder deren Ehepartner sich um dieses Kind kümmert.)*  Ja  Nein

17. Teilen Sie uns die Namen aller Kinder unter 19 Jahren, die mit PERSON 2 in deren Haushalt leben, und deren Beziehung zu diesen mit: *(Diese können die selben Kinder sein, die auf Seite 2 aufgelistet sind.)*

18. War PERSON 2 in einer Pflegefamilie im Alter von 18 Jahren oder darüber?  Ja  Nein

**Bitte beantworten Sie diese Fragen, wenn PERSON 2 22 Jahre oder jünger ist:**

19. Hatte PERSON 2 Versicherung durch eine Arbeit und hat sie diese innerhalb der letzten 3 Monate verloren?  Ja  Nein  
 a. **Wenn ja**, geben Sie das Enddatum an:  b. Grund aus dem die Versicherung endete:

20. Ist PERSON 2 ein Vollzeitstudent?  Ja  Nein

**Freiwillig:** *(Füllen Sie alles Zutreffende aus.)* 21. Rasse:  Weißer  Schwarzer oder Afroamerikaner  indianischer Ureinwohner/Ureinwohner Alaskas  Filipino  Japaner  Koreaner  Inder  Chinese  Vietnamesische  anderer Asiate  eingeborener Hawaiianer  Guamanier oder Chamorro  Samoaner  Einwohner anderer Pazifischer Inseln  andere





## SCHRITT 2: PERSON 2

Teilen Sie uns alles Einkommen mit, das PERSON 2 erhält.  
 Füllen Sie diese Seite aus, selbst wenn PERSON 2 keine Krankenversicherung benötigt.

### Informationen zum gegenwärtigen Einkommen und zur gegenwärtigen Arbeit

- Erwerbstätig:** Wenn PERSON 2 gegenwärtig erwerbstätig ist, teilen Sie uns sein/ihr Einkommen mit. Beginnen Sie mit Frage 23.  **Nicht erwerbstätig:** Überspringen Sie zu Frage 33.  **Selbstständig:** Überspringen Sie zu Frage 32.

#### Gegenwärtige Arbeit 1:

23. Name des Arbeitgebers

a. Adresse des Arbeitgebers

b. Stadt

c. Bundesstaat

d. Postleitzahl (ZIP code)

24. Telefonnummer des Arbeitgebers

25. Löhne/Trinkgelder (vor Steuern)

\$

- Bezahlung pro Stunde  Bezahlung pro Woche  
 Bezahlung aller 2 Wochen  Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung pro Monat  Bezahlung pro Jahr

26. durchschnittliche Arbeitszeit jede WOCHE

#### Gegenwärtige Arbeit 2: (Wenn PERSON 2 mehr Arbeit hat, fügen Sie noch ein Blatt an.)

27. Name des Arbeitgebers

a. Adresse des Arbeitgebers

b. Stadt

c. Bundesstaat

d. Postleitzahl (ZIP code)

28. Telefonnummer des Arbeitgebers

29. Löhne/Trinkgelder (vor Steuern)

\$

- Bezahlung pro Stunde  Bezahlung pro Woche  
 Bezahlung aller 2 Wochen  Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung pro Monat  Bezahlung pro Jahr

30. durchschnittliche Arbeitszeit jede WOCHE

31. Hat PERSON 2 im letzten Jahr:  die Arbeit gewechselt  aufgehört zu arbeiten  damit angefangen weniger zu arbeiten  nichts davon

32. Wenn PERSON 2 selbstständig ist, beantworten Sie die folgenden Fragen:

a. Art der Arbeit:

b. Wie viel Nettoeinkommen (Gewinn nach Abzug der Geschäftskosten) wird PERSON 2 in diesem Monat aus selbstständiger Arbeit haben? *Siehe Anleitungen.*

\$

33. **Anderes Einkommen, dass PERSON 2 in diesem Monat hat:** Füllen Sie alles Zutreffende aus und geben Sie den Betrag an und wie oft PERSON 2 ihn erhält. Füllen Sie hier aus, wenn nicht. **BEACHTEN SIE:** Sie müssen das Einkommen von PERSON 2 aus Kindesunterhalt, Zahlungen an Veteranen oder staatlichen Unterstützungszahlungen (Supplemental Security Income - SSI) **nicht** angeben.

<input type="radio"/> Arbeitslosengeld	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> erhaltene Unterhaltszahlungen	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Rente	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Nettoeinkommen aus Landbau/Fischerei	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Sozialversicherung	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Nettoeinkommen aus Vermietung/ Nutzungsgebühren	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensionsrücklagen	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Anderes Einkommen Art: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>

34. **Abzüge:** Füllen Sie alles Zutreffende aus und geben Sie den Betrag an und wie oft PERSON 2 ihn erhält. Wenn PERSON 2 für bestimmte Dinge bezahlt, die auf der Bundessteuererklärung geltend gemacht werden können, kann dies die Kosten für die Krankenversicherung ein wenig verringern, wenn Sie uns diese angeben. **BEACHTEN SIE:** Sie sollten Kindesunterhalt, den PERSON 2 zahlt oder Kosten, die schon in Ihrer Antwort zum Nettoeinkommen aus selbständiger Arbeit (Frage 32b) eingerechnet sind, nicht einbeziehen.

<input type="radio"/> gezahlter Unterhalt	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Andere Abzüge Art: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Zinsen auf Studienkredite	\$ <input type="text"/>	Wie oft? <input type="text"/>			

35. **Beantworten Sie diese Frage nur,** wenn sich das Einkommen von PERSON 2 über das Jahr hinweg verändert, wenn PERSON 2 zum Beispiel eine Arbeit nur für einen Teil des Jahres macht oder eine Zuwendung nur in bestimmten Monaten erhält. Wenn Sie keine Veränderungen des monatlichen Einkommens von PERSON 2 erwarten, überspringen Sie zur nächsten Person. ➔

Gesamtes Einkommen von PERSON 2 **dieses Jahr**

\$

Gesamtes Einkommen von PERSON 2 **nächstes Jahr**

\$

**Danke! Dies ist alles, was wir über PERSON 2 wissen müssen.**



**SCHRITT 3: Familienmitglied(er), das/die indianische(r) Ureinwohner/Ureinwohner Alaskas ist/sind**

1. Sind Sie oder jemand in Ihrer Familie indianischer Ureinwohner/Ureinwohner Alaskas?

- NEIN. Wenn nicht, fahren Sie mit Schritt 4 fort.
- JA. Wenn ja, fahren Sie mit Schritt 4 fort und füllen Sie auch Anlage B aus und fügen Sie diese Ihrem Antrag bei.

**SCHRITT 4: Die Krankenversicherung Ihrer Familie**

1. For every year that you got a premium tax credit, did your household file a tax return and reconcile any premium tax credit you used?

- YES, premium tax credits were reconciled. Fill in the circle only if ALL of these apply to you:
  - You used advance payments of premium tax credits (APTC) in one or more past years to help lower your costs for Marketplace coverage.
  - The tax filer for your household filed a federal income tax return for each of these years.
  - Das vom Abgebenden der Steuererklärung eingereichte IRS-Formular 8962 ([healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/](http://healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/)) mit der Steuererklärung.

2. Was anyone on this application found not eligible for Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP) in the past 90 days? (Select yes only if someone was found not eligible for this coverage by your state, not by the Marketplace.)..... Yes  No  
Who? \_\_\_\_\_

Or, was anyone on this application found not eligible for Medicaid or CHIP due to their immigration status since October 1, 2013? ..... Yes  No  
Who? \_\_\_\_\_

Hat irgendetwas auf diesem Antrag Versicherungsschutz während des Abschlusszeitraums (Open Enrollment Period) beantragt? .... Yes  No  
Who? \_\_\_\_\_

3. Wird irgendetwas, der auf diesem Antrag aufgelistet ist, Krankenversicherung durch eine Arbeit angeboten? Markieren Sie 'Ja', selbst wenn dies die Krankenversicherung durch die Arbeit eines Anderen, wie einem Elternteil oder einem Ehepartner ist, oder wenn diese diese Krankenversicherung nicht akzeptieren.  
 JA. Fahren Sie fort und füllen Sie dann Anlage A aus. Ist dies eine Krankenversicherung für Angestellte des Bundesstaates?..... Yes  No  
 NEIN.

4. Hat gegenwärtig irgendetwas Krankenversicherung?  
 JA. Wenn ja, fahren Sie mit Frage 6 fort.  NEIN. Wenn nicht, ÜBERSPRINGEN Sie bis zum Schritt 5.

5. Informationen zu Ihrer gegenwärtigen Krankenversicherung. (Machen Sie eine Kopie dieser Seite, wenn gegenwärtig mehr als 2 Personen Krankenversicherung haben.) Geben Sie die Art der Krankenversicherung an, wie Versicherung durch Arbeitgeber, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, Tricare, Krankenversicherungsprogramm der VA (Veteranenangelegenheiten), Peace Corps, oder andere. (Geben Sie TRICARE nicht an, wenn Sie Direct Care oder Line of Duty haben.)

Name der Person, die Krankenversicherung hat  
\_\_\_\_\_

Art der Versicherung:  
 Versicherung durch Arbeitgeber  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  
 VA (Veteranenangelegenheiten) Krankenversicherungsprogramm  Peace Corps  andere

Wenn es die Versicherung durch Arbeitgeber ist: (Sie müssen auch Anlage A ausfüllen.)

Name des Krankenversicherungsunternehmens \_\_\_\_\_ Policen-/ID-Nummer \_\_\_\_\_

Wenn es eine andere Krankenversicherung ist:  Bitte ausfüllen, wenn es sich um Marketplace-Krankenversicherungsschutz handelt.

Name des Krankenversicherungsunternehmens \_\_\_\_\_ Policen-/ID-Nummer \_\_\_\_\_

Ist dies eine Versicherung mit begrenzter Deckung, wie eine Police für Schulunfälle?.....  Ja  Nein

Name der Person, die Krankenversicherung hat  
\_\_\_\_\_

Art der Versicherung:  
 Versicherung durch Arbeitgeber  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  
 VA (Veteranenangelegenheiten) Krankenversicherungsprogramm  Peace Corps  andere

Wenn es die Versicherung durch Arbeitgeber ist: (Sie müssen auch Anlage A ausfüllen.)

Name des Krankenversicherungsunternehmens \_\_\_\_\_ Policen-/ID-Nummer \_\_\_\_\_

Wenn es eine andere Krankenversicherung ist:  Bitte ausfüllen, wenn es sich um Marketplace-Krankenversicherungsschutz handelt.

Name des Krankenversicherungsunternehmens \_\_\_\_\_ Policen-/ID-Nummer \_\_\_\_\_

Ist dies eine Versicherung mit begrenzter Deckung, wie eine Police für Schulunfälle?.....  Ja  Nein



## SCHRITT 5: Ihre Einverständniserklärung & Unterschrift

1. Erklären Sie sich damit einverstanden, dass der Marketplace für die nächsten 5 Jahre Ihre Einkommensdaten, einschließlich der Informationen von Steuererklärungen, nutzt? .....  Ja  Nein

Um die Feststellung Ihrer Berechtigung zu Hilfe bei der Bezahlung von Krankenversicherung für kommende Jahre zu erleichtern, können Sie sich damit einverstanden erklären, dass der Marketplace aktualisierte Einkommensdaten, einschließlich Informationen von Steuererklärungen, nutzt. Der Marketplace wird Ihnen eine Benachrichtigung schicken und es Ihnen ermöglichen Änderungen vorzunehmen. Der Marketplace wird überprüfen, dass Sie noch berechtigt sind und könnte Sie bitten zu beweisen, dass Ihr Einkommen Sie noch qualifiziert. Sie können dies jederzeit rückgängig machen.

Wenn nicht, aktualisieren Sie meine Informationen für die nächsten:

- 4 Jahre     2 Jahre     Benutzen Sie meine Steuerdaten nicht, um meine Berechtigung zu Hilfe bei der Bezahlung von Krankenversicherung zu erneuern (die Auswahl dieser Option könnte Ihre Möglichkeit, Hilfe zur Bezahlung der Krankenversicherung zum Erneuerungszeitpunkt beeinflussen).  
 3 Jahre     1 Jahre

2. Beantragt irgendetwas Krankenversicherung auf diesem Antrag für jemanden, der inhaftiert ist (Untersuchungs- oder Schutzhaft oder Gefängnis)? .....  Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie den Namen der Person an. Der Name der inhaftierten Person ist:

Füllen Sie hier aus, wenn der Fall dieser Person vor einer Entscheidung steht.

### Wenn irgendetwas auf diesem Antrag zu Medicaid berechtigt ist:

- Ich übertrage der Medicaidbehörde unsere Rechte die Zahlung jeglicher Gelder von anderen Krankenversicherungen, aus Beilegungen von Rechtsstreitigkeiten oder von anderen dritten Parteien zu verfolgen und zu empfangen. Ich übertrage der Medicaidbehörde ebenfalls das Recht die Zahlung medizinischer Unterstützung von einem Ehepartner oder einem Elternteil zu verfolgen und zu empfangen.
- Hat ein Kind auf diesem Antrag ein Elternteil, dass außerhalb des Wohnsitzes wohnt? .....  Ja  Nein
- Wenn ja, weiß ich, dass ich gebeten werde, mit der Behörde zu kooperieren, die Zahlungen für medizinische Unterstützung von einem abwesenden Elternteil eintreibt. Wenn ich glaube, dass Kooperation zur Eintreibung von Zahlungen für medizinische Unterstützung mir oder meinen Kindern schaden kann, kann ich dies Medicaid mitteilen und muss möglicherweise nicht kooperieren.
- Ich unterschreibe diesen Antrag unter Androhung der Strafe bei Meineid, was bedeutet, dass ich wahrheitsgemäße Antworten auf alle Fragen auf diesem Formular nach meinem besten Wissen gegeben habe. Ich weiß, dass ich mit strafrechtlicher Verfolgung rechnen muss, wenn ich falsche oder unwahre Angaben mache.
- Ich weiß, dass ich dem Krankenversicherungsmarketplace (Health Insurance Marketplace) innerhalb von 30 Tagen mitteilen muss, wenn Änderungen auftreten (und diese verschieden von dem sind, was ich auf dem Antrag geschrieben habe). Ich kann [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) besuchen oder **1- 800-318-2596** anrufen, um alle Änderungen anzuzeigen. Ich verstehe das eine Änderungen meiner Informationen meine Berechtigung und die Berechtigungen eines Mitglieds/von Mitgliedern meines Haushalts beeinflussen kann.
- Ich weiß, dass nach Bundesrecht, Diskriminierung auf der Grundlage von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität oder Behinderung nicht erlaubt ist. Ich kann eine Beschwerde wegen Diskriminierung einreichen, indem ich [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) besuche.
- Ich weiß, dass Informationen auf diesem Formular nur für die Bestimmung der Berechtigung zu Krankenversicherung und Hilfe für die Bezahlung von Krankenversicherung und für gesetzliche Zwecke des Marketplace und der Programme für die Hilfe bei der Bezahlung von Krankenversicherung benutzt werden.

Wir benötigen diese Informationen, um Ihre Berechtigung zur Hilfe bei der Bezahlung von Krankenversicherung zu bestätigen, wenn Sie diese beantragen sollten. Wir werden Ihre Antworten überprüfen, indem wir Informationen in unseren elektronischen Datenbanken und denen der Steuerbehörde (Internal Revenue Service - IRS), Sozialversicherung (Social Security), dem Heimatschutzministerium (Department of Homeland Security) und/oder einer Verbraucherschutzagentur nutzen. Falls Informationen nicht übereinstimmen, werden wir Sie bitten uns Beweise zu schicken.

### Was sollte ich tun, wenn ich denke, dass meine Berechtigungsergebnisse falsch sind?

In vielen Fällen können Sie einen Widerspruch einlegen, wenn Sie nicht mit dem übereinstimmen, wozu Sie berechtigt sind. Bitte überprüfen Sie Ihren Berechtigungsbescheid, um genaue Anweisungen zu erhalten, die spezifisch für jede Person in Ihrem Haushalt sind, einschließlich dazu, wie viele Tage Zeit Sie haben, um einen Widerspruch einzulegen. Hier sind wichtige Informationen, die Sie bei der Einlegung eines Widerspruchs bedenken sollten:

- Sie können jemand anderen den Widerspruch für Sie einlegen oder sich an Ihrem Widerspruch beteiligen lassen. Diese Person kann ein Freund, ein Verwandter, ein Anwalt oder ein anderes Individuum sein. Sie können Ihren eigenen Widerspruch auch allein einlegen.
- Wenn Sie einen Widerspruch einlegen, könnten Sie Ihre Berechtigung zur Krankenversicherung für die Dauer des Widerspruchsverfahrens behalten.
- Das Ergebnis des Widerspruchsverfahrens könnte die Berechtigung anderer Mitglieder Ihres Haushalts verändern.

Um einen Widerspruch gegen Ihre Marketplace-Berechtigung einzulegen, besuchen Sie [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](http://HealthCare.gov/marketplace-appeals/). Oder rufen Sie das Call Center des Marketplace unter **1- 800-318-2596** an. Benutzer von Texttelefonen sollten die Nummer **1-855-889-4325** anrufen. Sie können auch eine Widerspruchsformular oder Ihren Widerspruch in Form eines Briefes an **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 einschicken. Sie können Widerspruch zur Berechtigung zum Kauf von Krankenversicherung durch den Marketplace, Anmeldefristen, Steuergutschriften, Kostenteilungsverringerungen, Medicaid und CHIP einlegen, wenn Ihnen diese verweigert wurden. Wenn Sie zu Steuergutschriften oder Kostenteilungsverringerungen berechtigt sind, können Sie Widerspruch gegen den Betrag einlegen, für den wir Sie als berechtigt bestimmt haben. Abhängig von Ihrem Bundesstaat, könnten Sie den Widerspruch durch den Marketplace oder die Medicaid- oder CHIP-Behörde des Bundesstaates einlegen.

**PERSON 1 sollte diesen Antrag unterschreiben.** Wenn Sie ein bevollmächtigter Vertreter sind, dürfen Sie hier unterschreiben, so lange PERSON 1 den Anhang C unterschrieben hat.

Unterschrift

Unterschriftsdatum (Monat/Tag/Jahr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wenn Sie diesen Antrag außerhalb des Anmeldezeitraums (zwischen dem 15. November und dem 15. Februar) unterschreiben, stellen Sie sicher, dass Sie Anhang D ("Fragen zu Veränderungen von Lebensumständen") überprüfen.

## SCHRITT 6: Schicken Sie den ausgefüllten Antrag mit der Post



Schicken Sie den ausgefüllten Antrag mit der Post an:  
**Health Insurance Marketplace**  
**Dept. of Health and Human Services**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40750-0001**



Wenn Sie sich zur Wahl anmelden wollen, können Sie Ihr Wählerregistrierungsformular unter [www.eac.gov](http://www.eac.gov) ausfüllen.

**BRAUCHEN SIE HILFE MIT IHREM ANTRAG?** Besuchen Sie [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov), oder rufen Sie uns an unter **1-800-318-2596**. Wenn Sie Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch benötigen, rufen Sie **1-800-318- 2596** an und sagen Sie dem Kundenberater, welche Sprache Sie benötigen. Wir geben Ihnen diese Hilfe kostenlos. Benutzer von Texttelefonen sollten **1-855-889- 4325** anrufen.



## Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch erhalten

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Krankenversicherungs-Marketplace (Health Insurance Marketplace) haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer **1-800-318-2596** an.

Hier ist eine Liste der verfügbaren Sprachen und die gleiche Mitteilung, die oben angegeben ist, in diesen Sprachen:

### 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 مجانًا. 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.

### 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.



## **Hilfe in einer anderen Sprache als Englisch erhalten (Fortgesetzt)**

### **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。





# Anhang A

## Krankenversicherung durch Arbeit

Sie müssen diese Fragen **nicht** beantworten, es sei denn, dass jemand in Ihrem Haushalt zu Krankenversicherung durch die Arbeit berechtigt ist, selbst wenn sie diese Krankenversicherung nicht nutzen. Fügen Sie eine Kopie dieser Seite für jede Arbeit an, die Krankenversicherung anbietet.

### Informationen zur Arbeit, die die Krankenversicherung anbietet.

Machen Sie eine Kopie dieser Seite und bringen Sie diese zum Arbeitgeber, der Krankenversicherung anbietet, um dessen Hilfe bei der Beantwortung dieser Fragen zu erhalten.

### INFORMATIONEN DES ARBEITNEHMERS

1. Name des Angestellten (Vorname, Mittelname, Nachname)	2. Sozialversicherungsnummer des Angestellten (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

### INFORMATIONEN DES ARBEITGEBERS

3. Name des Arbeitgebers/Unternehmens	
<input type="text"/>	
4. Arbeitgeberidentifikationsnummer (EIN)	5. Telefonnummer des Arbeitgebers
<input type="text"/> - <input type="text"/>	( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>

### Geben Sie jetzt die Informationen der Person oder Abteilung ein, die Angestelltenvergünstigungen (Employee Benefits) verwalten. Wir könnten diese Person kontaktieren, falls wir mehr Informationen benötigen:

6. Person oder Abteilung, die wir bezüglich Angestelltenkrankversicherung (Employee Health Coverage) kontaktieren können		
<input type="text"/>		
7. Adresse des Arbeitgebers (der Marketplace könnte Mitteilungen an diese Adresse senden)		
<input type="text"/>		
8. Stadt	9. Bundesstaat	10. ZIP code
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Telefonnummer (wenn anders als oben angegeben)	12. E-Mail-Adresse	
( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 13. Ist der Arbeitnehmer gegenwärtig zu Krankenversicherung durch diesen Arbeitgeber berechtigt oder wird der Arbeitnehmer innerhalb der nächsten 3 Monate zu Krankenversicherung durch diesen Arbeitnehmer berechtigt sein?

- JA** (Fortfahren)  **NEIN** (**ARBEITGEBER:** STOP und geben Sie dieses Formular an den Angestellten zurück.  
**ANGESTELLTER:** gehen Sie zu Ihrer Applikation für Marketplace-Versicherungsschutz zurück.)

a. Falls der Angestellte zum heutigen Zeitpunkt nicht berechtigt ist, einschließlich aus dem Grund, dass er sich in einer Warte- oder Probezeit befindet, wann wird der Angestellte zu Versicherungsschutz berechtigt sein? (Monat, Tag, Jahr)

/  /

b. Bietet der Arbeitgeber einen Krankenversicherungsplan an, der den Ehepartner oder die familienversicherbaren Angehörigen versichert?

- JA.** Wenn ja, welchen Personen?  Ehepartner  **NEIN** (Weiter zu Frage 14.)  
 Familienversicherbare Angehörige

Listen Sie die Namen aller anderen Personen auf, die im Haushalt des Angestellten zu Versicherungsschutz durch diesen Arbeitsplatz berechtigt sind.

Name

Name

Name

fortgesetzt auf der nächsten Seite

## BITTE NICHT AUSFÜLLEN. DIES IST KEIN ANTRAGSFORMULAR

### Geben Sie die billigste Krankenversicherung an, die dieser Arbeitgeber anbietet.

14. Bietet Ihr Arbeitgeber eine Krankenversicherung an, die dem Mindestwertstandard\* (minium value standard\*) entspricht?

**JA** (Weiter zu Frage 15.)  **NEIN** (STOP und geben Sie dieses Formular an den Angestellten zurück.)

15. Wie viel würde der Angestellte bezahlen müssen, um den Plan mit den geringsten Kosten zu bezahlen, der **nur dem Angestellten** angeboten wird, welcher den Minimalwertstandard\* einhält? Schließen Sie Familienversicherungspläne nicht mit ein. **HINWEIS:** Falls der Arbeitgeber Wellness-Programme anbietet, geben Sie bitte die Prämien ein, die der Angestellte bezahlen würde, wenn der Angestellte den maximalen Rabatt für Raucherentwöhnungsprogramme und keine anderen Rabatte erhalten würde, die auf Wellness-Programmen basieren.

a. Der Angestellte würde diese Versicherungsprämie bezahlen: \$

**HINWEIS:** Geben Sie den niedrigsten Betrag ein, den der Angestellte für Krankenversicherungsschutz bezahlen könnte.

b. Der Angestellte würde diesen Betrag bezahlen:  Bezahlung pro Woche  Bezahlung aller 2 Wochen  Bezahlung zwei Mal im Monat  
 Bezahlung ein Mal im Monat  Bezahlung pro Vierteljahr  Bezahlung pro Jahr

(Gehen Sie zur nächsten Frage.)

16. Welche Veränderungen wird der Arbeitgeber für das neue Planjahr vornehmen?

Der Arbeitgeber wird von diesem Datum an keinen Krankenversicherungsschutz anbieten: (Monat, Tag, Jahr)

Der Prämienbetrag wird sich für den Plan mit den niedrigsten Kosten ändern, der den Minimalwertstandard\* einhält und nur für den Angestellten verfügbar ist. (Prämie sollte nur Rabatte für Raucherentwöhnungsprogramme widerspiegeln. Siehe Frage 15.)

a. Der Angestellte würde diese Versicherungsprämie bezahlen: \$

b. Wie oft?  Bezahlung pro Woche  Bezahlung aller 2 Wochen  Bezahlung zwei Mal im Monat  Bezahlung ein Mal im Monat  
 Bezahlung pro Vierteljahr  Bezahlung pro Jahr

c. Datum der Änderung: (Monat/Tag/Jahr)

Ich weiss nicht, ob der Arbeitgeber Änderungen vornehmen wird.

Der Arbeitgeber wird keine dieser Änderungen vornehmen.

\* Ein Krankenversicherungsplan hält den Minimalwertstandard ein, wenn er wenigstens 60 % der gesamten Kosten für medizinische Dienstleistungen für eine Normalbevölkerung deckt und substantiellen Versicherungsschutz für Krankenhaus- und Arztdienstleistungen bietet. Die meisten Arbeitsplatz-basierten Pläne halten diesen Minimalwertstandard ein.





## Anhang B

---





# Anhang C

## Hilfe mit dem Ausfüllen dieses Antrags

### Nur für geprüfte Antragsberater, Lotsen, Agenten und Broker

Füllen Sie diesen Abschnitt aus wenn Sie ein geprüfter Antragsberater, Lotse, Agent oder Broker sind und diesen Antrag für jemand anders ausfüllen.

1. Startdatum des Antrags (Monat, Tag, Jahr)	
[ ]/[ ]/[ ]	
2. Vorname, Mittelname, Nachname, Zusatz	
[ ]	
3. Name der Organisation	
[ ]	
4. ID-Nummer (wenn zutreffend)	5. Nur Agenten/Broker: NPN-Nummer
[ ]	[ ]

### Sie können einen bevollmächtigten Vertreter wählen.

Sie können einer Person Ihres Vertrauens die Genehmigung erteilen mit uns über diesen Antrag zu sprechen, Ihre Informationen anzusehen und für Sie, bezüglich mit diesem Antrag verbundenen Sachen zu handeln, einschließlich dem Erhalt von Informationen über Ihren Antrag und der Unterschrift unter Ihrem Antrag in Ihrem Namen. Diese Person wird "bevollmächtigter Vertreter" genannt. Wenn Sie jemals Ihren bevollmächtigten Vertreter ändern müssen, kontaktieren Sie den Marketplace. Wenn Sie der gesetzliche Vertreter für jemand bezüglich dieses Antrags sind, reichen Sie (einen) Beweis(e) dazu mit diesem Antrag ein.

1. Name des gesetzlichen Vertreters (Vorname, Mittelname, Nachname)		
[ ]		
2. Adresse	3. Apartment-/Wohnungsnummer	
[ ]	[ ]	
4. Stadt	5. Bundesstaat	6. Postleitzahl (ZIP code)
[ ]	[ ]	[ ]
7. Telefonnummer		
( [ ] [ ] [ ] ) [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]		
8. Name der Organisation		
[ ]		
9. ID-Nummer (wenn zutreffend)		
[ ]		

Durch Ihre Unterschrift erlauben Sie dieser Person Ihren Antrag in Ihrem Namen zu unterschreiben, offizielle Informationen zu diesem Antrag zu erhalten und für Sie bezüglich allen zukünftigen, mit diesem Antrag verbundenen Sachen zu handeln.



10. Unterschrift von PERSON 1, die auf diesem Antrag aufgelistet ist	11. Unterschriftsdatum (Monat/Tag/Jahr)
[ ]	[ ]/[ ]/[ ]





# Anhang D

## Fragen zu Veränderungen von Lebensumständen

(Sie müssen den Rest dieses Antrags zusammen mit dieser Seite einreichen. Reichen Sie diese Seite nicht allein ein.)

Wenn jemand auf diesem Antrag in den letzten 60 Tagen bestimmte Veränderungen von Lebensumständen erfahren hat, füllen Sie die folgenden Fragen aus. Bestimmte Veränderungen von Lebensumständen ermöglichen Ihre unmittelbare Versicherung durch den Marketplace. Wir empfehlen ebenfalls, dass Sie diese Fragen beantworten, falls Sie Ihren Antrag stellen, nachdem der jährlichen Abschlusszeitraum (Open Enrollment Period) endet und bevor der nächste jährliche Abschlusszeitraum beginnt.

Die Beantwortung dieser Fragen ist freiwillig. Wenn sich Ihre Lebensumstände nicht verändert haben, können Sie diese Fragen unausgefüllt lassen. Sie können sich für Medicare und das Kinderkrankenversicherungsprogramm (Children's Health Insurance Program - CHIP) zu jeder Zeit des Jahres anmelden, selbst wenn bei Ihnen keine Veränderung von Lebensumständen vorliegt. Mitglieder von durch die amerikanische Bundesregierung anerkannten Stämmen und Anteilseignern der Gesellschaften der Ureinwohner Alaskas (Alaska Native Shareholders) können sich zu jeder Zeit des Jahres für Krankenversicherung durch den Marketplace anmelden.

### Informationen zu Veränderungen in Ihrem Haushalt.

**1. Did Hat jemand in den letzten 60 Tagen jemand qualifizierenden Krankenversicherungsschutz verloren oder erwartet jemand qualifizierenden Krankenversicherungsschutz in den nächsten 60 Tagen zu verlieren?**

Namen <input type="text"/>	Datum, an dem die Krankenversicherung endete oder enden wird (Monat/Tag/Jahr) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Markieren Sie hier, wenn die Krankenversicherung endete, weil Beiträge nicht gezahlt wurden.	

**2. Hat in den letzten 60 Tagen jemand geheiratet?**

Namen <input type="text"/>	Datum (Monat/Tag/Jahr) <input type="text"/>
-------------------------------	--

**3. Wurde jemand in den letzten 60 Tagen jemand aus der Haft entlassen (Gewahrsam oder Gefängnis)?**

Namen <input type="text"/>	Datum (Monat/Tag/Jahr) <input type="text"/>
-------------------------------	--

**4. Hat in den letzten 60 Tagen jemand berechtigten Einwanderungsstatus erhalten?**

Namen <input type="text"/>	Datum (Monat/Tag/Jahr) <input type="text"/>
-------------------------------	--

**5. Wurde in den letzten 60 Tagen jemand adoptiert, zur Adoption freigegeben oder in eine Pflegefamilie gegeben?**

Namen <input type="text"/>	Datum (Monat/Tag/Jahr) <input type="text"/>
-------------------------------	--

**6. Wurde jemand in den letzten 60 Tagen aufgrund Kindesunterhalts oder eines Gerichtsbeschlusses ein familienversicherbarer Angehöriger?**

Namen <input type="text"/>	Datum (Monat/Tag/Jahr) <input type="text"/>
-------------------------------	--

**7. Hat in den letzten 60 Tagen jemand seinen Hauptaufenthaltort geändert?**

Namen <input type="text"/>	Umzugsdatum (Monat/Tag/Jahr) <input type="text"/>
-------------------------------	--

Wie lautet die Postleitzahl Ihrer vorherigen Adresse?  Hier ausfüllen, wenn Sie aus dem Ausland oder einem US-Territorium umgezogen sind.

**a. Hat eine dieser Personen in den letzten 60 Tagen qualifizierenden Versicherungsschutz gehabt?**..... Ja  Nein

Falls ja, geben Sie dessen/deren Namen unten ein:

Namen