



ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਜਾਂ ਕੀਮਤ ਦੇਣ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ

Form Approved
OMB No. 0938-1213

➔ ਆਨਲਾਈਨ ਜਲਦੀ ਅਪਲਾਈ ਕੇ ਇਥੇ ਜਾਕੇ **HealthCare.gov**

 <p>ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰੋ ਦੇਖਨ ਵਾਸਤੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਕਾਬਲ ਹੋ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ਸ਼ਸਤੇ ਪਰਾਈਵੇਟ ਹੈਲਥ ਇੰਨਸੂਰੈਂਸ ਪਲਾਨ ਵੀ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ ਬਹੁਤ ਕੁਛ ਕਰਵ ਕਰਦੇ ਹਨ. ਇਕ ਨਵਾਂ ਟੈਕਸ ਕਰੈਡਿਟ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੇਣ ਵਿਚ ਤੁਰੰਤ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ. ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਸਸਤੀ ਕਵਰਜ਼ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ ਮੈਡੀਕੇਡ ਜਾਂ ਬਚਿਆਂ ਦੀ ਹੈਲਥ ਇੰਨਸੂਰੈਂਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਚਿਪ) ਤੋਂ. ਤੁਸੀਂ ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਸਸਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲੈਣ ਦੇ ਹਕਦਾਰ ਹੋ ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਸਾਲ ਵਿਚ \$ 97,200 ਦੀ ਕਮਾਈ ਕਰਦੇ ਹੋ (4 ਮੈਂਬਰਾਂ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ)
 <p>ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਕੌਣ ਵਰਤ ਸਕਦਾ ਹੈ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਤੁਸੀਂ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵਾਸਤੇ ਵੀ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਵਰਤ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬਚਿਆਂ ਕੋਲ ਪਹਿਲੇ ਵੀ ਕਵਰਜ਼ ਹੈਗੀ ਹੈ. ਤੁਸੀਂ ਸਸਤੀ ਜਾਂ ਮੁਫਤ ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਕਾਬਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਕਲੇ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ ਛੋਟਾ ਫਾਰਮ ਵਰਤਨ ਦੇ ਕਾਬਲ ਵੀ ਹੋ. ਇਥੇ ਜਾਓ HealthCare.gov. ਜਿਨਾ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਵਿਚ ਇਮੀਗਰੈਂਟਸ ਹਨ ਵੀ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ. ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬਚੇ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕੋ ਹੋ ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਹਕਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ. ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬਚੇ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕੋ ਹੋ ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਹਕਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ. ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਸਟੈਟਸ ਉਪਰ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ ਨਾਂ ਹੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਮਾਨੈਂਟ ਰੇਸੀਡੈਂਟ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕ ਬਣਨ ਵਿਚ. ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਈ ਮਦਦ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਿਚ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਾਗ ਸੀ ਭਰਨਾ ਪਵੇ.
 <p>ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ਸੋਸ਼ਲ ਸਕੋਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (ਜਾਂ ਪੇਪਰਾਂ ਦੇ ਨੰਬਰ ਹਕਦਾਰ ਇਮੀਗਰੈਂਟਾਂ ਵਾਸਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰਜ਼ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ) ਮਾਲਕ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚ ਸਭ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਤਨਖਾਹ ਦੀਆਂ ਪਰਚੀਆਂ, ਡਬਲਯੂ -2 ਫਾਰਮ, ਜਾਂ ਤਨਖਾਹ ਜਾਂ ਟੈਕਸ ਸਟੇਟਮੈਂਟਸ) ਮੌਜੂਦਾ ਹੈਲਥ ਇੰਨਸੂਰੈਂਸ ਪੌਲਿਸੀ ਦੇ ਨੰਬਰ ਹੈਲਥ ਇੰਨਸੂਰੈਂਸ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕੰਮ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਹੋਵੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ.
 <p>ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲੋਂ ਕਿਉਂ ਲੈਣਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹਾਂ?</p>	<p>ਅਸੀਂ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਪੁਛਦੇ ਹਾਂ ਤੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਕਵਰਜ਼ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਤੇ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਸਤੇ ਪੈਸੇ ਦੀ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੋਵੇ. ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਦਿਉਗੇ ਨੂੰ ਫੂਪਾ ਕੇ ਸੁਰਿਖਅਤ ਰਖਾਂਗੇ, ਜਿਦਾਂ ਕਨੂੰਨ ਮੰਗਦਾ ਹੈ. ਪਰਾਈਵੇਸੀ ਐਕਟ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਦੇਖਣ ਵਾਸਤੇ ਇਥੇ ਜਾਓ HealthCare.gov ਹਦਾਇਤਾਂ ਪੜੋ.</p>
 <p>ਅਗੇ ਕੀ ਹੋਰੇਗਾ?</p>	<p>ਆਪਨੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਭਰਕੇ ਦਸਖਤ ਕਰਕੇ ਜੋ ਐਡਰੈਸ ਪੇਜ ੭ ਤੇ ਹੈ ਭੇਜ ਦਿਉ. ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈਗੀ ਜੋ ਅਸੀਂ ਮੰਗ ਰਹੇ ਹਾਂ ਫੇਰ ਵੀ ਦਸਖਤ ਕਰਕੇ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮਾਂ ਕਰਾ ਦਿਉ. ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ 1-2 ਹਫਤਿਆਂ ਵਿਚ ਗਲਬਾਤ ਕਰਾਂਗੇ ਤੇ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਤੋਂ ਕਾਲ ਆਵੇ ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੋਏਗੀ. ਜਦੋਂ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਏਗੀ ਤਾਂ ਕਾਬਲੀਅਤ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਚਿਠੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਮਿਲ ਜਾਏਗੀ. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਸੀਂ ਕਾਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤਾਂ, ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਕਾਲ ਸੈਂਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ. ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਦਾ ਇਹ ਮਤਲਬ ਨਹੀਂ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਖਰੀਦਨੀ ਹੀ ਪਵੇਗੀ.</p>
 <p>ਅਰਜ਼ੀ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਲਵੋ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ਆਨਲਾਈਨ: HealthCare.gov. ਫੋਨ: ਮਾਰਕੀਟ ਪਲੇਸ ਨੂੰ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596. TTY ਵਰਤਨ ਵਾਲੇ ਇਸ ਨੰਬਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-889-4325. ਖੁਦ: ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਕੇ ਵਿਚ ਸਲਾਹਕਾਰ ਹੋਣ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ. ਜਾਓ: HealthCare.gov, ਜਾਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਸੈਂਟਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596 ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ. ਦੂਜੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596 ਤੇ ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀਆਂ ਆਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜੋ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਦਸੋ. ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਲੈਣ ਲਈ ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ. <p>ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਸਿ ਦੂਜੇ ਰੂਪ ਵਿਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਹਸੂਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਵਤਿਕਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਕਾਇਤ ਕਰਨ ਦਾ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ Marketplace ਦੇ ਕਾਲ ਸੈਂਟਰ ਨੂੰ 1-800-318-2596 ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ 1-855-889-4325 ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।</p>

PRA ਨਿਸਕਲੋਚਰ ਬਿਆਨ: ਕਾਗਜ਼ੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ 1995 ਦਾ ਕਟੌਤੀਆਂ ਵਾਲਾ ਐਕਟ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਵਾਸਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਦ ਤਕ ਇਸ ਉਪਰ ਜਾਇਜ਼ OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ ਨਾ ਨਜ਼ਰ ਆ ਰਿਹਾ ਹੋਵੇ. ਜਾਇਜ਼ OMB ਕੰਟਰੋਲ ਨੰਬਰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਲਈ ਹੈ 0938-1191. ਜੋ ਟਾਈਮ ਇਸ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਲਈ ਔਸਤਨ 45 ਮਿੰਟ ਹਨ ਹਰ ਜਵਾਬ ਲਈ. ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਖਨੀਆਂ, ਮੌਜੂਦਾ ਡੇਟਾ ਦੇ ਸਾਧਨ ਦੀ ਖੋਜ, ਜੋ ਡੇਟਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨਾ ਤੇ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੀਜ਼ੀ ਗਈ ਹੈ ਉਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਤੇ ਦੇਖਣਾ, ਵਾਲੇ ਟਾਈਮ ਸਮੇਤ. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਟਾਈਮ ਦੇ ਅਨੁਮਾਨ ਦੀ ਸ਼ੁਧਤਾ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਟਿਪਣੀ ਜਾਂ ਸੁਝਾਅ ਦੇਣਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹੋ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸੁਧਾਰ ਬਾਰੇ, ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਚਿਠੀ ਇਥੇ ਭੇਜੋ: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ ਕਾਲੀ ਤੇ ਨੀਲੀ ਸਿਆਹੀ ਵਰਤੋ.
ਸ਼ਰਕਲ ਭਰੋ (○) ਇਸ ਤਰਾਂ → ●.

ਸ਼ਬ ਤੋਂ ਪਹਿਲੇ: ਆਪਨੇ ਬਾਰੇ ਦਸੋ

ਸਾਨੂੰ ਇਕ ਬੰਦਾ ਦਸੋ ਜਿਸ ਨਾਲ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਗਲ ਬਾਤ ਕਰ ਸਕੀਏ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚੋਂ

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ	ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ	ਤਖਲਸ
[Blank space for name]			
2. ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਨਹੀ ਹੈ ਤਾਂ ਖਾਲੀ ਛੱਡੋ.)			3. ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦਾ ਨੰਬਰ
[Blank space for address]			[Blank space for apartment number]
4. ਸ਼ਹਿਰ	5. ਸਟੇਟ	6. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	7. ਕਾਂਊਂਟੀ ਜਾਂ ਸ਼ਹਿਰ
[Blank space for city]	[Blank space for state]	[Blank space for zip code]	[Blank space for county/city]
8. ਮੇਲਿੰਗ ਪਤਾ(ਜੇ ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਤੋਂ ਅਲਗ ਹੈ)			9. ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ
[Blank space for mailing address]			[Blank space for apartment]
10. ਸ਼ਹਿਰ	11. ਸਟੇਟ	12. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	13. ਕਾਂਊਂਟੀ ਜਾਂ ਸ਼ਹਿਰ
[Blank space for city]	[Blank space for state]	[Blank space for zip code]	[Blank space for county/city]
14. ਦਿਨ ਸਮੇਂ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ([] [] []) [] [] [] - [] [] [] []		15. ਸ਼ਾਮ ਸਮੇਂ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ([] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	
16. ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਜਾਨਕਾਰੀ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ			
ਈਮੇਲ ਦਾ ਪਤਾ: [Blank space]			
17. ਕਿਸ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਗਲ ਕਰਨਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਲਿਖਨਾ ਕਿਸ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਚਹੁੰਦੇ ਹੋ?			
[Blank space for language]			

ਸਟੈਪ 2: ਆਪਨੇ ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਦਸੋ ਸਾਨੂੰ

ਕਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚ ਪਾਨਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹੋ?

ਸਟੈਪ 2 ਵਿਚ ਹਰ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖ ਕੇ ਪੂਰਾ ਕਰੋ, ਭਾਵੇਂ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਹੋਲਥ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਹੈ. ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚਲੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਸਭ ਨੂੰ ਵਧੀਆ ਕਵਰ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ. ਕਿਸ ਤਰਾਂ ਦੀ ਤੇ ਕਿਨੀ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿੰਨੇ ਲੋਕ ਹਨ ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਤੇ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਦਾ ਨਾਮ ਨਹੀ ਭਰਦੇ, ਭਾਵੇਂ ਉਸ ਕੋਲ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਹੈ, ਉਸ ਦਾ ਅਸਰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਕਾਬਲੀਅਤ ਤੇ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਬਾਲਗਾਂ ਵਾਸਤੇ ਜਿਨਾਂ ਨੂੰ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ:

ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਵੀ ਲਿਖੋ ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਹੋਲਥ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ ਨਹੀ ਕਰ ਰਹੇ:

- ਕੋਈ ਪਤੀ ਪਤਨੀ
- ਕੋਈ ਬੇਟਾ ਜਾਂ ਬੇਟੀ 21 ਸਾਲ ਤੋ ਘਟ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਭਾਵੇਂ ਮਤਰਏ ਬਚੇ ਹਨ
- ਜੇਹਰ ਕੋਈ ਜਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਤੁਹਾਡੇ ਫੈਦਰਲ ਟੈਕਸ ਤੇ (ਜੋ 21 ਸਾਲ ਤੋ ਜਿਆਦਾ ਟੈਕਸ ਤੇ ਕਲੇਮ ਕੀਤੇ) ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਲਥ ਕਵਰਜ ਲੈਨ ਲਈ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀ

ਉਨਾਂ ਬਚਿਆਂ ਵਾਸਤੇ ਜੋ 21 ਸਾਲ ਤੋ ਘਟ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਹੋਲਥ ਕਵਰਜ ਦੀ:

ਇਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਵੀ ਲਿਖੋ ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਆਪ ਹੋਲਥ ਕਵਰਜ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀ ਦੇ ਰਹੇ:

- ਕੋਈ ਮਾਂ ਬਾਪ (ਚਾਹੇ ਮਤਰਏ) ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ
- ਕੋਈ ਭੈਣ ਭਰਾ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ
- ਕੋਈ ਬੇਟਾ ਜਾਂ ਬੇਟੀ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਚਾਹੇ ਮਤਰਏ ਹਨ
- ਹੋਰ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਉਸੇ ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਤੇ ਹੈ. ਹੋਲਥ ਕਵਰਜ ਵਾਸਤੇ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀ ਹੈ ਤੁਹਾਨੂੰ.

ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਸਟੈਪ 2 ਪੂਰਾ ਕਰੋ.

ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਆਪਨੇ ਨਾਲ, ਤੇ ਫਿਰ ਹਰ ਬਚੇ ਦਾ ਤੇ ਬਾਲਗ ਦਾ ਭਰੋ. ਜੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚ ਇਕ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬਚੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਵਰਕਿਆਂ ਦੀ ਕਾਪੀ ਬਨਾ ਕੇ ਨਾਲ ਜੋੜ ਦਿਉ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਸਟੈਟਸ ਜਾਂ ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਉਰਿਟੀ ਦੇਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀ ਉਹਨਾਂ ਮੈਂਬਰਾਂ ਵਾਸਤੇ ਜਿਨਾਂ ਨੂੰ ਹੋਲਥ ਕਵਰਜ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀ. ਜੇ ਵੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਤੁਸੀ ਦਿਉਗੇ, ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ਤੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਦਸੀ ਨਹੀ ਜਾਵੇਗੀ. ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਸਿਰਫ ਇਹ ਦੇਖਨ ਵਾਸਤੇ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀ ਹੋਲਥ ਕਵਰਜ ਦੇ ਕਾਬਲ ਹੋ ਕਿ ਨਹੀ.



ਸਟੈਪ 2: 1 ਵਿਅਕਤੀ (ਆਪਨੇ ਬਾਰੇ ਦਸੋ)

ਆਪਨੇ ਬਾਰੇ ਵਿਚ ਸਟੈਪ 2 ਪੂਰਾ ਕਰੋ, ਤੁਹਾਡਾ ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਤੇ ਬਚੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਹਨ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਹੋਰ ਜਾਨਕਾਰੀ ਲਈ ਪੇਜ 1 ਦੇਖੋ ਕਿ ਕਿਸ ਨੂੰ ਨਾਲ ਜੋੜ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਯਾਦ ਰੱਖੋ ਤੁਸੀਂ ਫਿਰ ਵੀ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਨਾਲ ਜੋੜ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ	ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ	ਪਿਛਲਾ ਨਾਮ
[Redacted]			
2. ਵਿਅਕਤੀ 1 ਨਾਲ ਕੀ ਸਬੰਧ ਹੈ	3. ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਦੀ ਸ਼ੁਦਾ ਹੋ?	4. ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ(ਮਮ/ਦਦ/)	5. ਲਿੰਗ (ਸੈਕਸ)
ਆਪ	<input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ	[Redacted]	<input type="radio"/> ਆਦਮੀ <input type="radio"/> ਔਰਤ

6. ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) [Redacted]

★ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ SSN ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਅਸੀਂ SSN ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਆਮਦਨੀ ਬਾਰੇ ਅਤੇ ਦੂਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਜੇ SSN ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਿਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ socialsecurity.gov ਤੇ ਜਾਉ ਜਾਂ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੂੰ 1-800-772-1213 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕ 1-800-325-0778 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨ।

7. ਤੁਸੀਂ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਫੈਦਰਲ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਵਾਸਤੇ ਪਲਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ? ਤੁਸੀਂ ਫਿਰ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਫੈਦਰਲ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ

ਹਾਂ, ਜੇ ਹਾਂ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਏ ਤੋਂ ਸੀ ਤਕ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਨਾਂ, ਜੇ ਨਾਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਿਧੇ ਸੀ ਸਵਾਲ ਤੇ ਜਾਓ।

a. ਤੁਸੀਂ ਆਪਨੇ ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਨਾਲ ਇਕੱਠੇ ਫਾਈਲ ਕਰਨਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਾਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ: [Redacted]

b. ਤੁਸੀਂ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਕਲੇਮ ਕਰਨਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਸਭ ਦੇ ਨਾਮ ਦੀ ਲਿਸਟ ਲਿਖੋ: [Redacted]

c. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਨੇ ਕਲੇਮ ਕਰਨਾ ਆਪਨੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ? ਹਾਂ ਨਾਂ
ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਰ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ: [Redacted] ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਰ ਦੇ ਕੀ ਲਗਦੇ ਹੋ? [Redacted]

8. ਤੁਸੀਂ ਗਰਬਵਤੀ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਾਂ a. ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿੰਨੇ ਬਚੇ ਹਨ ਗਰਬ ਵਿਚ? [Redacted]

9. ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਚਾਹੀਦੀ? ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕਵਰੇਜ ਹੈ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਧੀਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਾਲੀ ਜਾਂ ਘਟ ਪੈਸਿਆਂ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ ਮਿਲ ਜਾਏ।

ਹਾਂ, ਜੇ ਹਾਂ, ਹੇਠਲੇ ਸਭ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਉ। ਨਾਂਹ, ਜੇ ਨਾਂਹ, ਸਿਧੇ ਪੇਜ 3 ਤੇ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਸਵਾਲ ਤੇ ਜਾਉ, ਬਾਕੀ ਦਾ ਪੇਜ ਖਾਲੀ ਛੱਡ ਦਿਉ।

10. ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਸਰੀਰਕ, ਦਿਮਾਗੀ ਜਾਂ ਭਾਵਨਾਂ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪੀੜਤ, ਹੋ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ (ਜਿਵੇਂ ਨਹਾਨਾ, ਕਪੜੇ ਪਹਿਨਨੇ, ਜਾਂ ਰੋਜ਼ਨੁਮਾ ਕੰਮ ਆਦਿ) ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵਿਚ ਰਹਿਨਾ? ਹਾਂ ਨਾਂ

11. ਤੁਸੀਂ ਅਮਰੀਕਾ ਦੇ ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਾਂ

12. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਸਲੀ ਜਾਂ ਬਨਾਏ ਗਏ ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ? (ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਪੈਦਾਇਸ਼ ਅਮਰੀਕਾ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਈ)

ਹਾਂ, ਜੇ ਹਾਂ, ਏ ਤੋਂ ਬੀ ਭਰੋ। ਨਾਂਹ, ਜੇ ਨਾਂਹ, 13ਵੇਂ ਸਵਾਲ ਤਕ ਚਾਲੂ ਰਖੋ।

a. ਏਲਿਅਨ ਨੰਬਰ: [Redacted] b. ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੰਬਰ: [Redacted] ਏ ਤੋਂ ਬੀ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 14ਵੇਂ ਸਵਾਲ ਤੇ ਚਲੋ ਜਾਓ।

13. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਮਰੀਕੀ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਕੋਈ ਪਕਾ ਸਟੇਟਸ ਹੈ? ਹਾਂ, ਕਿਹੜੇ ਪੇਪਰ ਹਨ ਜਾਂ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ, ਹਦਇਤਾਂ ਦੇਖੋ।

ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਕਾਰਡ ਟਾਈਪ	ਸਟੇਟਸ ਟਾਈਪ (ਜਰੂਰੀ ਨਹੀਂ)	ਉਹ ਨਾਮ ਹੀ ਲਿਖੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਇਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਕਾਰਡਾਂ ਤੇ ਹੈ।
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

ਏਲਿਅਨ ਜਾਂ I-48 ਨੰਬਰ	ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ
[Redacted]	[Redacted]
ਸ਼ਰਟੀਫਿਕੇਟ ਜਾਂ ਖਤਮ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ (ਜਰੂਰੀ ਨਹੀਂ)	ਕੁਛ ਹੋਰ (ਕੋਟਗਰੀ ਕੋਡ ਜਾਂ ਦੇਸ਼ ਵਲੋਂ ਜਾਰੀ)
[Redacted]	[Redacted]

a. ਕੀ ਤੁਸੀਂ 1996 ਤੋਂ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਾਂ
b. ਕੀ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਮਾਂ ਬਾਪ ਨੇ ਕਦੀ ਯੂ.ਐਸ ਦੀ ਫੌਜ ਵਿਚ ਭਰਤੀ ਹੋਏ ਜਾਂ ਐਕਟਿਵ ਡਿਊਟੀ ਦਿਤੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ

14. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਮੈਡਿਕਲ ਬਿਲ ਚੁਕਾਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ

15. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਘਟ ਤੋਂ ਘਟ ਇਕ ਬਚੇ ਨਾਲ ਜੋ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘਟ ਹੈ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਬਚੇ ਦਾ ਧਿਆਨ ਤੁਸੀਂ ਰਖਦੇ ਹੋ? (ਚੁਣੋ "ਹਾਂ" ਜੇ ਬਚੇ ਦਾ ਧਿਆਨ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਤੀ ਪਤਨੀ ਰਖਦੇ ਹੋ) ਹਾਂ ਨਾਂ

16. ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਬਚੇ ਦਾ ਨਾਮ ਦਸੋ ਤੇ ਉਸ ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਹੈ ਜੋ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘਟ ਹੈ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ: [Redacted]

17. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਫੁਲ ਟਾਈਮ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੋ? ਹਾਂ ਨਾਂ 18. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਦੀ ਨਕਲੀ ਮਾਂ ਪਿਉ ਕੋਲ ਰਹੇ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵਡੇ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ

ਮਰਜ਼ੀ ਮੁਤਬਿਕ: (ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਭਰੋ.)

19. ਨਸਲ: ਗੋਰੇ ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ਇਨਡਿਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਾਸੀ ਫਿਲਪੀਨੋ ਜਾਪਾਨੀ ਕੋਰੀਅਨ ਏਸ਼ੀਅਨ ਇਨਡਿਅਨ ਚੀਨੀ ਵੀਤਨਾਮੀ ਦੂਸਰੇ ਏਸ਼ੀਅਨ ਹਵਾਈ ਦੇ ਵਾਸੀ ਗੁਆਮੀਅਨ ਜਾਂ ਚਾਮੋਰੋ ਸਮੋਨ ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ ਕੁਛ ਹੋਰ

ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ HealthCare.gov, ਜਾਉ ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦਸੋ. ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596 ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇਨਾ ਪਵੇਗਾ. ਟੀਟੀਵਾਈ ਵਰਤਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ 1-855-889-4325.



ਦੂਸਰਾ ਸਟੈਪ: ਵਿਅਕਤੀ 1 (ਆਪਨੇ ਨਾਲ ਚਾਲੂ ਰਖੋ)

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ ਤੇ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਜਾਨਕਾਰੀ

- ਕੰਮ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਜ ਕਲ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਸਾਨੂੰ ਅਪਨੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਦਸੋ. 21 ਸਵਾਲ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ.
- ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ: 31 ਸਵਾਲ ਤੋਂ ਚਲੇ ਜਾਉ.
- ਖੁਦ ਦਾ ਕੰਮ: 30 ਸਵਾਲ ਤੋਂ ਚਲੇ ਜਾਉ.

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ 1:

21. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਪਤਾ

b. ਸ਼ਹਿਰ

c. ਸਟੇਟ

d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

22. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

23. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲੇ) ਘੰਟੇ ਦੇ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਹਰ 2 ਹਫ਼ਤੇ

24. ਆਮ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਦੇ ਹਰ ਹਫ਼ਤੇ

\$ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਸਾਲ ਦੀ

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ 2: (ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵੀ ਨੌਕਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤੇ ਜਿਆਦਾ ਜਗਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਇਕ ਹੋਰ ਪੇਪਰ ਨਾਲ ਚਿਟਕਾ ਦਿਉ.)

25. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਪਤਾ

b. ਸ਼ਹਿਰ

c. ਸਟੇਟ

d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

26. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

27. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਘੰਟਾ ਵਾਰੀ ਹਫ਼ਤਾ ਵਾਰੀ ਹਰ 2 ਹਫ਼ਤੇ

28. ਆਮ ਕਰਕੇ ਹਫ਼ਤੇ ਵਿਚ ਕਿੰਨੇ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਹੈ

\$ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ਮਾਹਵਾਰੀ ਸਾਲਾਨਾ

29. ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਵਿਚ, ਕੀ ਤੁਸੀਂ: ਨੌਕਰੀਆਂ ਬਦਲੀਆਂ ਕੰਮ ਬੰਦ ਕੀਤਾ ਕੁਛ ਘੰਟਿਆਂ ਵਾਸਤੇ ਕੰਮ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕੁਛ ਨਹੀਂ

30. ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਣਾ ਕੰਮ ਹੈ, ਏ ਤੇ ਬੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ:

a. ਕਿਸ ਤਰਾਂ ਦਾ ਕੰਮ:

b. ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ ਕਿੰਨੀ (ਲਾਭ ਬਿਸ਼ਨੈਸ ਦੇ ਸਾਰੇ ਖਰਚੇ ਕਢਕੇ) ਮਿਲੇਗੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਆਪਨੇ ਕੰਮ ਤੋਂ? \$

31. ਹੋਰ ਕੋਈ ਆਮਦਨ ਇਸ ਮਹੀਨੇ: ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਸਭ ਭਰੋ, ਰਕਮ ਦਸੋ ਤੇ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ. ਇਥੇ ਭਰੋ ਜੇ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਨੋਟ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਦੀ ਆਮਦਨ ਦਸਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ, ਨਾ ਫੌਜ ਵਾਲਾ ਪੈਸਾ ਜਾਂ ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਸਕਿਉਰਟੀ ਵਾਲਾ (SSI).

<input type="radio"/> ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਉਸ ਦੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਏਲੀਮਨੀ ਮਿਲਦੀ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਪੈਨਸ਼ਨ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਖੇਤੀ ਬਾੜੀ / ਮਫਲੀ ਫੜਨਾ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਉਰਿਟੀ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ / ਰੋਇਲਟੀ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਦਾ ਖਾਤਾ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਹੋਰ ਕੋਈ ਆਮਦਨ ਟਾਈਪ:	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>

32. ਕਟੌਤੀਆਂ: ਸਭ ਭਰੋ ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ, ਰਕਮ ਦਸੋ ਤੇ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਭਰਦੇ ਹੋ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੁਛ ਖਾਸ ਚੀਜ਼ਾ ਵਾਸਤੇ ਭਰਦੇ ਹੋ ਤੇ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਟੌਤੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਬਾਰੇ ਦਸਨ ਨਾਲ ਹੋਲਥ ਕਵਰਜ ਦੀ ਕੀਮਤ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ.

ਨੋਟ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਭਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਉਹ ਵਿਚ ਜ਼ਮਾ ਨਹੀਂ ਕਰੋ, ਜਾਂ ਉਹ ਤੁਸੀਂ ਆਪਨੇ ਕੰਮ ਵਾਲੇ ਜਵਾਬ ਵਿਚ ਭਰ ਚੁਕੇ ਹੋ (ਸਵਾਲ 30b).

<input type="radio"/> ਐਲੀਮਨੀ ਭਰ ਚੁਕੇ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਹੋਰ ਕਟੌਤੀਆਂ ਟਾਈਪ:	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਪੜ੍ਹਾਈ ਕਰਜ਼ੇ ਦਾ ਵਿਆਜ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>			

33. ਇਹ ਸਵਾਲ ਤਾਂ ਭਰੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਇਸ ਸਾਲ ਬਦਲਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਤਰਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪਾਰਟ ਟਾਈਮ ਕੰਮ ਕੀਤਾ, ਜਾ ਕੁਛ ਮਹੀਨੇ ਕੋਈ ਫਾਇਦੇ ਲਏ. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਕਿ ਮਹੀਨੇ ਆਮਦਨ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਨਹੀਂ ਆਏਗਾ, ਅਗਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਤੇ ਜਾਉ. ➔

ਇਸ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ	\$ <input type="text"/>	ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ (ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਫਰਕ ਹੋਏਗਾ)	\$ <input type="text"/>
----------------------	-------------------------	---	-------------------------

ਪੰਨਾਵਾਦ! ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਬਸ ਇਨ੍ਹਾਂ ਹੀ ਜਾਨਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ.

❓ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਹੋਲਥ ਕੇਅਰ HealthCare.gov, ਜਾਉ ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦਸੋ. ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596 ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ. ਟੀਟੀਵਾਈ ਵਰਤਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ 1-855-889-4325.



ਸਟੈਪ 2: ਦੂਸਰਾ ਵਿਅਕਤੀ

ਨੋਟ: ਜੇ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਨਹੀਂ ਚਾਹੀਦੀ, ਇਸ ਪੇਜ ਤੇ ਸਿਰਫ 1-10 ਤਕ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ। 4 ਤੋਂ 5 ਪੇਜ ਦੀ ਕਾਪੀ ਬਣਾ ਲਉ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ 2 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੋਕ ਹਨ।

ਇਹ ਪੇਜ ਆਪਣੇ ਪਤੀ ਪਤਨੀ ਤੇ ਬਚੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਕਰੋ, ਤੇ / ਜਾਂ ਜਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਫਾਈਲ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਨਹੀਂ ਫਾਈਲ ਕਰਦੇ, ਯਾਦ ਰਖੋ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਦਾ ਨਾਮ ਫਿਰ ਵੀ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਪਹਿਲਾ ਪੇਜ ਦੇਖੋ ਕਿ ਕਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਤਖਲਸ

2. ਵਿਅਕਤੀ 1 ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤਾ? ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਖੋ _____ 3. ਵਿਅਕਤੀ 2 ਸ਼ਾਦੀਸ਼ੁਦਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ 4. ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy) _____ 5. ਲਿੰਗ ਆਦਮੀ ਔਰਤ

6. ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਊਰਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) _____ **★ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੇ 2 ਨੰਬਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤੇ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਸ ਸ ਨ ਹੈ.**

7. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਵਿਅਕਤੀ 1 ਨਾਲ ਉਸੇ ਪਤੇ ਤੇ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ ਜੇ ਨਹੀਂ, ਪਤਾ ਭਰੋ: _____

8. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੇ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦਾ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਹੈ? (ਤੁਸੀਂ ਫਿਰ ਵੀ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਭਾਵੇਂ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ.) ਹਾਂ, ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ a-c. ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਉ ਨਾਂਹ, ਜੇ ਨਾਂਹ ਹੈ ਤਾਂ ਸਵਾਲ ਸੀ ਤੇ ਜਾਉ

a. ਵਿਅਕਤੀ 2 ਆਪਣੇ ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਭਰੇਗਾ? ਹਾਂ ਨਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ: _____

b. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਆਪਣੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ ਕੋਈ ਡਿਪੈਨਡੈਂਟ ਕਲੇਮ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਲਿਖੋ ਨਾਮ(ਸ) ਡਿਪੈਨਡੈਂਟ ਦੇ: _____

c. ਕੀ 2 ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ ਡਿਪੈਨਡੈਂਟ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸ ਫਾਈਲਰ ਦਾ ਨਾਮ ਭਰੋ: _____ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਰ ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰੀ ਹੈ? _____

9. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਗਰਬਵਤੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ a. ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿੰਨੇ ਬਚੇ ਹਨ ਇਸ ਗਰਬ ਵਿਚ? _____

10. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਚਾਹੀਦੀ? (ਭਾਵੇਂ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਕੋਲ ਕਵਰੇਜ ਹੈ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਵਧੀਆ ਜਾਂ ਸਸਤੀ ਕਵਰੇਜ ਮਿਲ ਜਾਏ) ਹਾਂ, ਜੇ ਹਾਂ, ਹੇਠਲੇ ਸਭ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਉ. ਨਾਂਹ, ਜੇ ਨਾਂਹ, ਆਮਦਨ ਸਵਾਲ ਪੇਜ 5 ਤੇ ਪਹੁੰਚ ਜਾਉ. ਬਾਕੀ ਦਾ ਪੇਜ ਖਾਲੀ ਛੱਡ ਦਿਉ.

11. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਸਰੀਰਕ, ਦਿਮਾਗੀ ਜਾਂ ਭਾਵਨਕ ਬੀਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਹੈ ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਉਹ ਕੁਝ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ (ਜਿਵੇਂ ਨਹਾਨਾ, ਕਪੜੇ ਪਾਨੇ, ਰੋਜ਼ਮਰਾ ਦੇ ਕੰਮ ਆਦਿ) ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ

12. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਯੂ.ਐਸ. ਦਾ ਨਾਗਰਿਕ ਹੈ ਜਾਂ ਯੂ.ਐਸ ਦਾ ਵਾਸੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ

13. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਸਲੀ ਨਾਗਰਿਕ ਹੈ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਲਿਤੀ ਹੋਈ ਹੈ? (ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਕਿ ਉਹ ਯੂ.ਐਸ. ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪੈਦਾ ਹੋਏ.) ਹਾਂ, ਜੇ ਹਾਂ, ਏ ਅਤੇ ਬੀ ਭਰੋ. ਨਾਂਹ, ਜੇ ਨਾਂਹ, 14 ਸਵਾਲ ਤੋਂ ਚਾਲੂ ਰਖੋ.

a. ਏਲੀਅਨ ਨੰਬਰ _____ b. ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੰਬਰ _____ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਏ ਅਤੇ ਬੀ ਭਰ ਲਉਗੇ, ਸਵਾਲ 15 ਤੇ ਚਲੇ ਜਾਉ.

14. ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਜਾਂ ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਵਾਸੀ ਨਹੀਂ, ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ ਕੋਈ ਕਨੂੰਨੀ ਸਟੇਟਸ ਹੈ? ਹਾਂ, ਕਿਸ ਟਾਈਪ ਦੇ ਪੇਪਰ ਹਨ ਤੇ ਆਈ. ਡੀ ਨੰਬਰ/ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਖੋ. ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਪੇਪਰ ਦੀ ਕਿਸਮ: _____ ਸਟੇਟਸ ਦੀ ਕਿਸਮ (ਮਰਜ਼ੀ ਅਨੁਸਾਰ): _____ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦਾ ਨਾਮ ਉਹ ਹੀ ਲਿਖੋ ਜੋ ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਕਾਗਜ਼ਾਂ ਤੇ ਹੈ. _____

ਏਲੀਅਨ ਜਾਂ ਆਈ-94 ਨੰਬਰ _____ ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ _____

SEVIS ID ਜਾਂ ਖਤਮ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ (ਮਰਜ਼ੀ) _____ ਹੋਰ (ਕੈਟਗਰੀ ਕੋਡ ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੇਸ਼ ਨੇ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ) _____

a. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਮਰੀਕਾ ਵਿਚ 1996 ਤੋਂ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹਨ? ਹਾਂ ਨਾਂ b. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2, ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਪਤੀ ਜਾਂ ਮਾਂ ਬਾਪ, ਅਮਰੀਕਾ ਦੀ ਫੌਜ ਵਿਚ ਸਾਬਕਾ ਜਾਂ ਡਿਊਟੀ ਦਿਤੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ

15. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਬਿਲ ਚੁਕਾਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ

16. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਘਟ ਤੋਂ ਘਟ ਇਕ ਬਚੇ ਨਾਲ ਜੋ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘਟ ਹੈ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀ 1 ਮੁਖ ਹੈ ਜੋ ਬਚੇ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰਖਦੇ ਹਨ? (ਚੁਣੋ "ਹਾਂ" ਜੇ ਬਚੇ ਦਾ ਧਿਆਨ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੇ ਪਤੀ ਪਤਨੀ ਰਖਦੇ ਹਨ.) ਹਾਂ ਨਾਂ

17. ਸਾਨੂੰ ਉਹਨਾ ਸਾਰਿਆਂ ਬਚਿਆਂ ਦੇ ਨਾਮ ਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਹੈ ਦਸੋ ਜੋ ਉਸ ਦੇ ਘਰ ਵਿਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ: (ਇਹ ਬਚੇ ਉਹ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਨੇ ਜੋ ਪੇਜ 2 ਤੇ ਹਨ.) _____

18. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਫੋਸਟਰ ਕੇਅਰ ਵਿਚ ਰਿਹਾ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਉਮਰ ਵਿਚ? ਹਾਂ ਨਾਂ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਹੈ 22 ਸਾਲ ਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਛੋਟਾ:

19. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ ਨੌਕਰੀ ਰਾਂਗੀ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਮਿਲੀ ਤੇ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਖਤਮ ਹੋ ਗਈ? ਹਾਂ ਨਾਂ a. ਜੇ ਹਾਂ, ਖਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: _____ b. ਕਿਸ ਕਾਰਨ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਖਤਮ ਹੋਈ: _____

20. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਫੁਲ ਟਾਈਮ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ

ਮਰਜ਼ੀ ਅਨੁਸਾਰ: (ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਭਰੋ.) 21. ਕੁਝ ਦੂਸਰਾ: ਗੋਰਾ ਕਾਲਾ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ਇੰਡਿਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਾਸੀ ਫਿਲਪੀਨੋ ਜਾਪਾਨੀ ਕੋਰੀਅਨ ਏਸ਼ੀਅਨ ਇੰਡਿਅਨ ਚੀਨੀ ਵੀਤਨਾਮੀ ਦੂਸਰਾ ਏਸ਼ੀਅਨ ਹਵਾਈ ਦੇ ਵਾਸੀ ਗੁਆਮਾਨੀਅਨ ਜਾਂ ਚਾਮੋਰੋ ਸਮੋਨ ਕੋਈ ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ ਦੂਸਰਾ _____

ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ HealthCare.gov, ਜਾਉ ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦਸੋ. ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596 ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ. ਟੀਟੀਵਾਈ ਵਰਤਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ 1-855-889-4325.



ਸਟੈਪ 2: ਵਿਅਕਤੀ 2

ਸਾਨੂੰ ਦਸੋ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਕਿੰਨੀ ਆਮਦਨ ਹੈ।
ਇਹ ਵਰਕਾ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਭਾਂਵੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਨਹੀਂ ਚਾਹੀਦੀ।

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ ਤੇ ਆਮਦਨ ਦੀ ਜਾਨਕਾਰੀ

- ਕੰਮ ਬਾਰੇ: ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਜਕਲ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਦਸੋ। ਸਵਾਲ 23 ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ।
- ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ: 33 ਸਵਾਲ ਤੋਂ ਚਲੇ ਜਾਉ।
- ਖੁਦ ਦਾ ਕੰਮ: ਸਵਾਲ 32 ਤੋਂ ਚਲੇ ਜਾਉ।

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ 1

23. ਕੰਮ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਕੰਮ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਪਤਾ

b. ਸ਼ਹਿਰ

c. ਸਟੇਟ

d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

24. ਕੰਮ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

25. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ)

- ਘੰਟਾ ਵਾਰੀ ਹਫਤਾ ਵਾਰੀ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ

26. ਆਮ ਕਰਕੇ ਹਫਤੇ ਵਿਚ ਕਿੰਨੇ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਹੈ

\$ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ਮਾਹਵਾਰੀ ਸਾਲਾਨਾ

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ 2: (ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨੌਕਰੀਆਂ ਹਨ, ਨਾਲ ਹੋਰ ਪੇਪਰ ਟੰਗ ਦਿਉ)

27. ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਮਾਲਕ ਦਾ ਪਤਾ

b. ਸ਼ਹਿਰ

c. ਸਟੇਟ

d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

28. ਮਾਲਕ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

29. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ)

- ਘੰਟੇ ਦੇ ਹਫਤੇ ਦੇ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ

30. ਆਮ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਦੇ ਹਰ ਹਫਤੇ

\$ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਸਾਲ ਦੀ

31. ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ, ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੇ: ਨੌਕਰੀਆਂ ਬਦਲੀਆਂ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਕੰਮ ਕੁਝ ਘੰਟੇ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕੁਝ ਨਹੀਂ

32. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦਾ ਖੁਦ ਦਾ ਕੰਮ ਹੈ, ਹੇਠਲੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ:

a. ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਕੰਮ:

b. ਕਿੰਨੀ ਆਮਦਨੀ ਹੋਏਗੀ (ਸਾਰੇ ਬਿਸ਼ਨੈਸ ਦੇ ਖਰਚੇ ਕਢਕੇ ਲਾਭ) ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਆਪਨੇ ਕੰਮ ਵਿਚੋਂ? \$

33. ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਇਸ ਮਹੀਨੇ: ਸਭ ਭਰੋ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ, ਰਕਮ ਦਸੋ ਤੇ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ. ਇਥੇ ਭਰੋ ਜੇ ਬਿਲਕੁਲ ਨਹੀਂ.

ਨੋਟ: ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਆਮਦਨੀ ਜੇ ਬਚੇ ਦੀ ਸਪੋਰਟ ਤੋਂ, ਫੌਜ ਤੋਂ ਜਾਂ ਸਪਲੀਮੈਂਟ ਸਕਿਊਰਿਟੀ (ਸਸਆਈ) ਤੋਂ ਹੋ ਫਿਰ ਦਸਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ.

<input type="radio"/> ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਉਸ ਦਾ ਪੈਸਾ ਮਿਲਦਾ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਏਲੀਮਨੀ ਮਿਲਦੀ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਪੈਨਸ਼ਨ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਖੇਤੀਬਾੜੀ / ਮਛੀ ਪਕੜਨਾ ਤੋਂ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਊਰਿਟੀ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਕਿਰਾਇਆ / ਰੋਇਲਟੀ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਰਿਟਾਅਰਮੈਂਟ ਖਾਤੇ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਕੋਈ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਟਾਈਪ:	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>

34. ਕਟੌਤੀਆਂ: ਸਭ ਭਰੋ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ, ਰਕਮ ਦਸੋ ਤੇ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਭਰਦੇ ਹੋ, ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਕੁਝ ਖਾਸ ਚੀਜ਼ਾ ਵਾਸਤੇ ਭਰਦੇ ਹੋ ਜਿਸ ਨਾਲ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਟੌਤੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਬਾਰੇ ਦਸਨ ਨਾਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਦੀ ਕੀਮਤ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ.

ਨੋਟ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਨਹੀਂ ਲਿਖਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਭਰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ 32 ਬੀ ਦੇ ਖਾਨੇ ਵਿਚ ਖਰਚਿਆਂ ਵਾਲੀ ਜਗਾ ਤੇ ਭਰ ਚੁਕੇ ਹੋ

<input type="radio"/> ਐਲੀਮਨੀ ਭਰੀ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਕੋਈ ਹੋਰ ਆਮਦਨ ਟਾਈਪ:	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਸਟੂਡੈਂਟ ਕਰਜ਼ੇ ਦਾ ਵਿਆਜ	\$ <input type="text"/>	ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>			

35. ਤਾਂ ਹੀ ਭਰੋ ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਆਮਦਨ ਸਾਲ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਬਦਲਨੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੇ ਸਾਲ ਦੇ ਕੁਝ ਮਹੀਨੇ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਕੁਝ ਮਹੀਨੇ ਕੋਈ ਵਾਇਦੇ ਲਏ. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਕਿ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਆਮਦਨ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਨਹੀਂ ਆਏਗਾ ਤਾਂ ਸਿਧੇ ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ ਤੇ ਚਲੇ ਜਾਉ. ➡

ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਇਸ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ

ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ

\$

\$

ਪੰਨਵਾਦ! ਬਸ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਬਾਰੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਹੀ ਜਾਣਨਾ ਸੀ

❓ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ HealthCare.gov, ਜਾਉ ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦਸੋ. ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596 ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ. ਟੀਟੀਵਾਈ ਵਰਤਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ 1-855-889-4325.



ਸਟੈਪ 3: ਅਮਰੀਕਨ ਇੰਡਾਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦਾ ਵਾਸੀ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੈਂਬਰ

1. ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚੋਂ ਕੋਈ ਅਮਰੀਕਨ ਇੰਡਾਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦਾ ਵਾਸੀ ਮੈਂਬਰ?

- ਨਾਂਹ, ਜੇ ਨਾਂਹ, ਸਟੈਪ 4 ਤੋਂ ਚਾਲੂ ਕਰੋ ਹਾਂ, ਜੇ ਹਾਂ, ਸਟੈਪ 4 ਚਾਲੂ ਰਖੋ, ਨਾਲੇ ਅਪੋਇੰਟਮੈਂਟ ਬ ਭਰੋ ਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚ ਭਰੋ

ਸਟੈਪ 4: ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ

1. ਉਸ ਹਰ ਸਾਲ ਲਈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕਰੈਡਿਟ ਮਿਲਿਆ, ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੇ ਟੈਕਸ ਰਟਿਰਨ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਵਰਤੇ ਗਏ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕਰੈਡਿਟ ਦਾ ਮਿਲਾਨ ਕੀਤਾ?

- ਹਾਂ, ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕਰੈਡਿਟ ਦਾ ਮਿਲਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਘੋਰੇ ਨੂੰ ਸਹਿਤ ਤਾਂ ਹੀ ਭਰੋ ਜੇ ਇਹ ਸਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ:
- ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਸਾਲਾਂ ਵਿਚ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਆਪਣੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕਰੈਡਿਟ ਦੇ ਅਡਵਾਂਸ ਭੁਗਤਾਨ (APTC) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਸੀ।
 - ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਵਕਿਅਤੀ ਨੇ ਇਹਨਾਂ ਵਿਚੋਂ ਹਰੇਕ ਸਾਲ ਲਈ ਸੰਘੀ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਟਿਰਨ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਸੀ।
 - ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਕਰਤਾ(ਵਾਂ) ਨੇ ਟੈਕਸ ਰਟਿਰਨ ਦੇ ਨਾਲ IRS ਫਾਰਮ 8962 (healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/) ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ।

2. ਕੀ ਇਸ ਦਰਖਾਸਤ ਵਿਚ ਕਸਿ ਵਕਿਅਤੀ ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਮੈਡੀਕੇਡ ਜਾਂ ਚਲਿਡਰਨਸ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CHIP) ਲਈ ਅਯੋਗ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ
(ਹਾਂ ਸਹਿਤ ਤਾਂ ਹੀ ਚੁਣੋ ਜੇ ਕਸਿ ਵਕਿਅਤੀ ਨੂੰ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਦੁਆਰਾ ਨਹੀਂ, ਬਲਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ).....

ਜਾਂ, ਕੀ ਇਸ ਦਰਖਾਸਤ ਵਿਚ ਕਸਿ ਵਕਿਅਤੀ ਨੂੰ 1 ਅਕਤੂਬਰ 2013 ਦੇ ਬਾਅਦ ਤੋਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਰਜੇ ਦੇ ਕਾਰਨ ਮੈਡੀਕੇਡ ਜਾਂ CHIP ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ
ਕੇਣ?

ਦੇ ਲਈ ਨਾਂ ਲਖਿਵਾਉਣ ਦੀ ਅਵਧੀ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਕੀ ਕਸਿ ਨੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਉੱਪਰ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ
ਕੇਣ?

3. ਜਿਨਾ ਦਾ ਨਾਮ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਭਰਿਆ ਹੈ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਨੋਕਰੀ ਵਲੋਂ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? ਹਾਂ ਲਿਖੋ ਭਾਂਵੇ ਕਵਰੇਜ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੀ ਨੋਕਰੀ ਤੋਂ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਮਾ ਬਾਪ ਜਾਂ ਪਤੀ ਪਤਨੀ, ਭਾਂਵੇ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਕਵਰੇਜ ਨਹੀਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਹਾਂ ਨਾਂ
 ਨਾਂਹ.

4. ਕਿਸੇ ਨੇ ਹੁਣ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਕਰਵਾਈ ਹੋਈ ਹੈ? ਹਾਂ, ਜੇ ਹਾਂ, 6 ਸਵਾਲ ਤੋਂ ਚਾਲੂ ਰਖੋ. ਨਾਂਹ, ਜੇ ਨਾਂਹ, ਸਟੈਪ 5 ਤੇ ਚਲੋ ਜਾਉ.

5. ਹੁਣ ਵਾਲੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਇਸ ਪੇਜ਼ ਦੀ ਕਾਪੀ ਬਨਾਉ ਜੇ 2 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੋਕਾਂ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਹੈ.)
ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਲਿਖੋ, ਜਿਵੇਂ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ, ਕੋਬਰਾ, ਮੈਡੀਕੇਡ, ਚਿਪ, ਮੈਡੀਕੇਅਰ, ਟਰੀਕੇਅਰ, ਵੀਏ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਪੀਸ ਕੋਰਪ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ.
(ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਡਾਰੈਕਟ ਕੇਅਰ ਜਾਂ ਲਾਈਨ ਔਫ ਡਿਊਟੀ ਹੈ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਟਰਾਈ ਕੇਅਰ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦਸੋ.)

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿਸ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਹੈ

ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਕਿਸਮ:
 ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੋਬਰਾ ਮੈਡੀਕੇਡ ਚਿਪ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਟਰੀਕੇਅਰ ਵੀਏ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪੀਸ ਕੋਰਪਸ ਕੋਈ ਹੋਰ

ਜੇ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਹੈ: (ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੋਇੰਟਮੈਂਟ ਏ ਵੀ ਭਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ)
 ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਪਾਲਿਸੀ / ਆਈ ਡੀ ਨੰਬਰ

ਜੇ ਇਹ ਕਿਸੇ ਦੂਸਰੇ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਹੈ: ਜੇ ਇਹ Marketplace ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਭਰੋ।
 ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਪਾਲਿਸੀ / ਆਈ ਡੀ ਨੰਬਰ

ਕੀ ਇਹ ਪਲਾਨ ਸੀਮਤ ਫਾਇਦੇ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਸਕੂਲ ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਪਾਲਿਸੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿਸ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਹੈ

ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਕਿਸਮ:
 ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੋਬਰਾ ਮੈਡੀਕੇਡ ਚਿਪ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਟਰੀਕੇਅਰ ਵੀਏ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪੀਸ ਕੋਰਪਸ ਕੋਈ ਹੋਰ

ਜੇ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਹੈ: (ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੋਇੰਟਮੈਂਟ ਏ ਵੀ ਭਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ)
 ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਪਾਲਿਸੀ / ਆਈ ਡੀ ਨੰਬਰ

ਜੇ ਇਹ ਕਿਸੇ ਦੂਸਰੇ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਹੈ: ਜੇ ਇਹ Marketplace ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਭਰੋ।
 ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਪਾਲਿਸੀ / ਆਈ ਡੀ ਨੰਬਰ

ਕੀ ਇਹ ਪਲਾਨ ਸੀਮਤ ਫਾਇਦੇ ਵਾਲਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਸਕੂਲ ਐਕਸੀਡੈਂਟ ਪਾਲਿਸੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ



ਸਟੈਪ 5: ਤੁਹਾਡਾ ਐਗਰੀਮੈਂਟ ਜਾਂ ਦਸਖਤ

1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕੀਟ ਪਲੇਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਦੇਖਣ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦੇਂਦੇ ਹੋ, ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਸਮੇਤ, ਅਗਲੇ 5 ਸਾਲ ਵਾਸਤੇ? ਹਾਂ ਨਾਂ
ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰਜ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕੇ ਆਣ ਵਾਲੇ ਸਾਲਾਂ ਵਿਚ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਸੌਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਨੂੰ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦੇਣੀ ਮੰਨ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਕਿ ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਹੁਣ ਤਕ ਦੀ ਆਮਦਨ ਦੇਖ ਸਕਨ, ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਸਮੇਤ. ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਵਾਲੇ ਨੌਟਿਸ ਭੇਜਨਗੇ ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕੁਛ ਬਦਲਨਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹੋ. ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਵਾਲੇ ਚੈਕ ਕਰਨਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ ਹਕਦਾਰ ਹੋ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੁਛਨਗੇ ਕਿ ਆਮਦਨ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਕਾਬਲ ਹੋ. ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੇਲੇ ਵੀ ਛੱਡ ਸਕਦੇ ਹੋ.

ਜੇ ਨਾਂਹ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਪਡੇਟ ਅਗਲੇ:

- 4 ਸਾਲ 2 ਸਾਲ ਮੇਰਾ ਟੈਕਸ ਡਾਟਾ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਕਾਬਲੀਅਤ ਵਾਸਤੇ ਨਹੀਂ ਵਰਤਿਆ ਜਾਏ (ਇਹ ਚੁਣਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰਜ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਚਾਲੂ ਕਰਾਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲਨ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਤੇ ਅਸਰ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ)
- 3 ਸਾਲ 1 ਸਾਲ

2. ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚ ਕੋਈ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜੋ ਅੰਦਰ ਹੈ (ਹਿਰਾਸਤ ਵਿਚ ਜਾਂ ਜੇਲ ਵਿਚ)? ਹਾਂ ਨਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਉਸ ਬੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ ਦਸੋ. ਅੰਦਰ ਕੀਤੇ ਬੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ:

ਇਥੇ ਭਰੋ ਜੇ ਇਹ ਬੰਦਾ ਆਪਣੇ ਇਲਜ਼ਾਮਾਂ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ.

ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਕੋਈ ਹੈ ਜੋ ਮੈਡਿਕੇਡ ਦੇ ਕਾਬਲ ਹੈ:

- ਮੈ ਮੈਡਿਕੇਡ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਹੁਕ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹਾਂ ਜੋ ਉਹ ਕਿਸੇ ਦੂਜੀ ਹੈਲਥ ਏਜੰਸੀ ਤੋਂ, ਕਨੂੰਨੀ ਸੈਟਲਮੈਂਟ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਤੀਸਰੀ ਪਾਰਟੀ ਤੋਂ ਪੈਸਾ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹਨ. ਮੈ ਮੈਡਿਕੇਡ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਪਿਛੇ ਲਗ ਕੇ ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਮਾਂ ਬਾਪ ਕੋਲੋਂ ਮੈਡਿਕਲ ਸਪੋਰਟ ਲੈਣ ਦਾ ਹੁਕ ਵੀ ਦੇ ਰਿਹਾ.
- ਕੀ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਕੋਈ ਬਚਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਮਾਂ ਜਾਂ ਬਾਪ ਘਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ
- ਜੇ ਹਾਂ, ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਸਹਿਯੋਗ ਦੇਣ ਵਾਸਤੇ ਕਿਹਾ ਜਾਏਗਾ ਜੋ ਗੈਰ ਹਾਜ਼ਰ ਮਾਂ ਪਿਉ ਤੋਂ ਮੈਡਿਕਲ ਸਪੋਰਟ ਹਾਸਲ ਕਰਦੇ ਹਨ. ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਲਗੇ ਕਿ ਮੈਡਿਕਲ ਸਪੋਰਟ ਵਾਸਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਮੈਨੂੰ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਬਚਿਆਂ ਨੂੰ ਨੁਕਸਾਨ ਪਹੁੰਚਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਮੈ ਮੈਡਿਕੇਡ ਨੂੰ ਦਸ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈ ਸਹਿਯੋਗ ਨਹੀਂ ਦੇਵਾਂਗਾ.
- ਮੈ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਸੁਹੰ ਚੁਕ ਕੇ ਸਜ਼ਾ ਤਹਿਤ ਸਾਈਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਮਤਲਬ ਮੈ ਸਾਰੇ ਜਵਾਬ ਇਸ ਫਾਰਮ ਉਤੇ ਆਪਣੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਸਚੇ ਦਿਤੇ ਹਨ. ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਸਰਕਾਰੀ ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਥਲੇ ਜ਼ਰਮਾਨਾ ਲਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਮੈ ਜਾਨਬੁਤ ਕੇ ਗਲਤ ਤੇ ਤੁਰੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਦੇਵਾਂ.
- ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਕੋਈ ਵੀ ਬਦਲੀ (ਜਾਂ ਕੁਛ ਵਖਰਾ) ਆਉਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਮਾਰਕੀਟ ਪਲੇਸ ਨੂੰ ਦਸਨਾ ਹੋਏਗਾ ਜੋ ਮੈ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿਚ ਭਰਿਆ ਹੈ. ਮੈ HealthCare.gov ਜਾਂ 1-800-318-2596 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਬਦਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦਸ ਸਕਦਾ ਹਾਂ. ਮੈ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਮੇਰੇ ਹੁਕ ਵਿਚ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਬਰਾਂ ਦੇ ਹੁਕ ਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ.
- ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਫੈਡਰਲ ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਥਲੇ, ਜਾਤਪਾਤ, ਰੰਗ, ਨਾਗਿਰਕਤਾ, ਲਿੰਗ ਪਹਿਚਾਨ, ਉਮਰ, ਜਿਨਸੀ ਰੁਤਾਨ ਜਾਂ ਅਪੰਗਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਭੇਦਭਾਵ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਹੈ. ਮੈ ਭੇਦਭਾਵ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਇਥੇ ਜਾ ਕੇ www.hhs.gov/ocr/office/file.
- ਮੈ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਰਫ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ, ਕਵਰਜ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ (ਬੇਨਤੀ ਆਧਾਰ) ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਵਾਸਤੇ ਹੀ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ, ਤੇ ਕਨੂੰਨੀ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਦਾ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੇ ਕਵਰਜ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ.

ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਹਕਦਾਰੀ ਵਾਸਤੇ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਦੇ ਹੋ. ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਇਲੈਕਟਰੋਨਿਕ ਡੈਟਾਬੇਸ ਤੇ ਅੰਦਰੂਨੀ ਮਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ (IRS), ਸੋਸ਼ਲ ਸਕੋਰਿਟੀ, ਹੋਮਲੈਂਡ ਸਕਿਰਟੀ ਵਿਭਾਗ, ਤੇ / ਜਾਂ ਕਨਸੂਮਰ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਏਜੰਸੀ ਤੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਕੇ ਚੈਕ ਕਰਾਂਗੇ. ਜੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੈਚ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਸਬੂਤ ਭੇਜਨ ਵਾਸਤੇ ਕਹਾਂਗੇ.

ਮੈਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੇ ਮੇਰੀ ਕਾਬਲੀਅਤ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਗਲਤ ਹੈ?

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਮੰਨਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਕਿਸ ਦੇ ਕਾਬਲ ਹੋ, ਬਹੁਤ ਵਾਰੀ ਹੁੰਦਾ, ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਤੁਸੀਂ ਕਾਬਲੀਅਤ ਵਾਲਾ ਨੋਟਿਸ ਪੜ੍ਹੋ ਤੇ ਦੇਖੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦਾ ਖਾਸ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਤੇ ਦੇਖੋ ਕਿ ਕਿੰਨੇ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਇਥੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚਦੇ ਹੋ:

- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੋ ਤਾਂ ਆਪੇ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਦੀ ਮਦਦ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਈ ਦੋਸਤ, ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਵਕੀਲ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕੋਲੋਂ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ.
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਦ ਤਕ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਤੁਸੀਂ ਕਵਰਜ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਵੋ.
- ਅਪੀਲ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਮੈਬਰਾਂ ਦੀ ਕਾਬਲੀਅਤ ਨੂੰ ਵੀ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ.

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਦੀ ਕਾਬਲੀਅਤ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਾਰੇ ਅਪੀਲ ਕਰਨਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਥੇ ਜਾਓ HealthCare.gov/marketplace-appeals/. ਜਾਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਸੈਟਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596. ਤੁਸੀਂ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਚਿਠੀ ਭੇਜ ਕੇ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ, ਹੈਲਥ ਅਤੇ ਹਯੂਮਨ ਸਰਵਿਸ ਕੋਲੋਂ 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 ਅਪੀਲ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਆਪਣੀ ਖਰੀਦਨ ਵਾਸਤੇ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਰਾਹੀਂ ਨਾਮ ਚੜਾਉਣਾ, ਟੈਕਸ ਕਰੈਡਿਟ, ਕੀਮਤ ਹਿਸੇਦਾਰੀ ਘਟਾਉਣੀ, ਮੈਡਿਕੇਡ ਅਤੇ ਚਿਪ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡਾ ਇਹ ਅਸਵੀਕਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਟੈਕਸ ਕਰੈਡਿਟ ਦੇ ਜਾਂ ਘਟ ਕੀਮਤ ਹਿਸੇਦਾਰੀ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ, ਤਾਂ ਜੋ ਰਕਮ ਦੇ ਸਾਡੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਹੋ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਖਿਲਾਫ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਤੁਹਾਡੀ ਸਟੇਟ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਟੇਟ ਦੀ ਮੈਡਿਕੇਡ ਜਾਂ ਚਿਪ ਏਜੰਸੀ ਰਾਹੀਂ ਵੀ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ.

ਵਿਅਕਤੀ 1 ਨੂੰ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦਸਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਮੁਖਤਾਰ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਵੀ ਇਥੇ ਦਸਖਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 1 ਅਪੈਡਿਕਸ ਸੀ ਤੇ ਦਸਖਤ ਕਰਦਾ ਹੈ.

ਦਸਖਤ

ਦਸਖਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)



ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਖੁਲੀ ਭਰਤੀ (ਨਵੰਬਰ 15 ਅਤੇ ਫਰਵਰੀ 15) ਦੇ ਦੁਰਾਨ ਦਸਖਤ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਪਕਾ ਕਰ ਲਉ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਪੈਡਿਕਸ ਦੀ ਪੜਿਆ ਹੈ (" ਸਵਾਲ ਜੀਵਨ ਬਦਲਾਵ ਬਾਰੇ").

ਸਟੈਪ 6: ਭਰੀ ਹੋਈ ਅਰਜ਼ੀ ਮੇਲ ਕਰੋ



ਤੁਹਾਡੀ ਦਸਖਤ ਵਾਲੀ ਅਰਜ਼ੀ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਇਥੇ ਭੇਜੋ:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001



ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟ ਵਾਸਤੇ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨਾ ਚਹੁੰਦੇ, ਤਾਂ ਇਥੇ ਜਾ ਕੇ www.eac.gov ਦੀ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਭਰੋ.

ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ HealthCare.gov, ਜਾਓ ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦਸੋ. ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596 ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ. ਟੀਟੀਵਾਈ ਵਰਤਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ 1-855-889-4325.

ਪੂਰਾ ਨਾ ਕਰੋ। ਇਹ ਇੱਕ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਇਲਾਵਾ ਦੂਜੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਸਹਿਤ ਬੀਮਾ Marketplace ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣਾ ਚਾਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਫਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਬਾਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ **1-800-318-2596** ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਹੇਠਾਂ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦੱਸੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹੀ ਸੁਨੇਹਾ ਇਹਨਾਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ:

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.

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.

ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਇਲਾਵਾ ਦੂਜੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ (ਜਾਰੀ)

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 ਮੂਲਯੋਗ ਤਮਾਰੀ ਭਾਸ਼ਾਮਾਂ ਮਦਦ ਅਤੇ ਮਾਹਿਤੀ ਮੇਯਕਵਾਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਏ। ਆਰੋਗਯ ਕੀਮਾ ਵਯਾਪਾਰਯਯਾਰ ਵਿਸ਼ੇ ਫੁਲਾਖਿਯਾ ਸਾਥੇ ਗੁਜਰਾਤੀਮਾਂ ਵਾਤਯੀਤ ਕਰਵਾ, ਡੌਲ ਡਰੋ 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。



ਅਪੈਡਿਕਸ A

ਕੰਮ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼

ਤੁਸੀਂ ਇੰਨਾ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦਿਉ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ ਕੋਈ ਕੰਮ ਤੋਂ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਕਾਬਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਭਾਂਵੇ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਕਵਰਜ਼ ਨਹੀਂ ਵੀ ਲਈ ਹੋਈ। ਨਾਲ ਇਕ ਪੇਪਰ ਟੰਗੋ ਹਰ ਉਸ ਨੌਕਰੀ ਬਾਰੇ ਜੋ ਕਵਰਜ਼ ਦੇਣਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਸਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਜੋਬਾਂ ਬਾਰੇ ਦਸੋ ਜੋ ਕਵਰਜ਼ ਦੇਣੇ ਹਨ

ਇਸ ਪੇਜ਼ ਦੀ ਕਾਪੀ ਬਨਾ ਕੇ ਆਪਨੇ ਮਾਲਕ ਕੋਲ ਲੈ ਜਾਉ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰਜ਼ ਦੇਣ ਲਈ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ।

ਮਾਲਕ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਲਾ, ਅਖੀਰਲਾ)	2. ਮਾਲਕ ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਕੋਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ਮਾਲਕ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

3. ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ/ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ	
<input type="text"/>	
4. ਮਾਲਕ ਦਾ ਪਹਿਚਾਨ ਕਾਰਡ ਦਾ ਨੰਬਰ (EIN)	5. ਮਾਲਕ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ਹੁਣ ਉਸ ਵਾਕਿਕਤੀ ਜਾਂ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਰਜ ਕਰੋ ਜੋ ਕਰਮਚਾਰੀ ਬੈਨਫਿਟਿੰਗ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਵਾਕਿਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ:

6. ਵਾਕਿਕਤੀ ਜਾਂ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਜਿਸ ਨਾਲ ਅਸੀਂ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੀ ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ	
<input type="text"/>	
7. ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (Marketplace ਇਸ ਪਤੇ ਤੇ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜ ਸਕਦਾ ਹੈ)	
<input type="text"/>	
8. ਸ਼ਹਿਰ	9. ਸਟੇਟ
<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	
<input type="text"/>	
11. ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਜੇ ਉਪਰ ਲਿਖੇ ਤੋਂ ਅਲਗ ਹੈ)	12. ਈਮੇਲ ਪਤਾ
<input type="text"/>	<input type="text"/>

13. ਕੀ ਕਾਮੀ ਅਜਕਲ ਮਾਲਕ ਵਲੋਂ ਕਵਰਜ਼ ਦੇ ਕਾਬਲ ਹੈ, ਜਾਂ ਕਾਮੀ ਅਗਲੇ 3 ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਕਾਬਲ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ?

ਹਾਂ (ਚਾਲੂ ਰਖੋ) ਨਹੀਂ (ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ: ਰੁਕੇ ਅਤੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੇ।
ਕਰਮਚਾਰੀ: Marketplace ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਵਾਪਸ ਜਾਉ।)

a. ਜੇ ਇਸ ਸਮੇਂ, ਇੰਤਜ਼ਾਰ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਬੇਸ਼ਨਰੀ ਅਵਧੀ ਹੋਣ ਦੇ ਕਾਰਨ ਸਮੇਤ, ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਕਰਮਚਾਰੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਕਦੋਂ (ਮਹੀਨਾ/ਦਨਿ/ਸਾਲ) ਯੋਗ ਹੋਵੇਗਾ?

/ /

b. ਕੀ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਕਸਿ ਅਜਹਿ ਸਹਿਤ ਪਲਾਨ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਉਸਦੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਆਸ਼ਰਤ ਵਾਕਿਕਤੀ(ਆਂ) ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ?

ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਸਿ ਨੂੰ? ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਆਸ਼ਰਤ ਵਾਕਿਕਤੀ ਨਹੀਂ (ਪ੍ਰਸ਼ਨ 14 ਤੇ ਜਾਉ।)

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੇ ਪਰਵਿਵਾਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਉ ਜੋ ਇਸ ਨੌਕਰੀ ਤੇ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ।

ਨਾਂ

ਨਾਂ

ਨਾਂ

ਅਗਲੇ ਸਟੇ ਤੇ ਜਾਰੀ

ਸਾਨੂੰ ਦਸੋ ਘਟ ਕੀਮਤ ਵਾਲਾ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਜੋ ਤੁਹਾਡਾ ਮਾਲਕ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ।

14. ਕੀ ਮਾਲਕ ਜੋ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ ਉਹ ਘਟ ਤੋਂ ਘਟ ਸਟੈਂਡਰਡ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ*?

- ਹਾਂ (ਪ੍ਰਸ਼ਨ 15 ਤੇ ਜਾਉ।) ਨਹੀਂ (ਦੁਕੇ ਅਤੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੋ।)

15. ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਵਾਲੇ ਮਿਆਰ* ਤੋਂ ਪੂਰਾ ਉਤਰਨ ਵਾਲੇ, ਸਰਿਫ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ, ਨਿਊਨਤਮ ਖਰਚੇ ਵਾਲੇ ਪਲਾਨ ਲਈ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਕੀਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ? ਪਰਵਿਰਕ ਪਲਾਨਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ। ਨੋਟ: ਜੇ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਵੈਲਨੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਰਜ ਕਰੇ ਜੋ ਕਰਮਚਾਰੀ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ ਜੋ ਕਿਸੇ ਤਬਾਕੂ ਛੱਡਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਅਧਿਕਤਮ ਡਿਸਕਾਊਟ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਵੈਲਨੈਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਕੋਈ ਹੋਰ ਡਿਸਕਾਊਟ ਨਹੀਂ ਮਿਲਦਾ ਹੈ।

a. ਕਰਮਚਾਰੀ ਇਸ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ: \$ []

ਨੋਟ: ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦੁਆਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਨਿਊਨਤਮ ਰਕਮ ਦਰਜ ਕਰੋ।

- b. ਕਰਮਚਾਰੀ ਇਸ ਰਕਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ: ਹਫਤਾਵਾਰੀ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ ਬਾਦ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਇਕ ਵਾਰੀ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨੇ ਬਾਦ ਸਾਲਾਨਾ
(ਅਗਲੇ ਸਵਾਲ ਤੇ ਜਾਉ)

16. ਨਵੇਂ ਪਲਾਨ ਸਾਲ ਲਈ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਕਹਿਤੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕਰੇਗਾ?

- ਅੱਜ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ਵਚਿ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਕਸਿ ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

[] / [] / []

- ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਰਕਮ ਨਿਊਨਤਮ ਖਰਚਾ ਪਲਾਨ ਵਚਿ ਬਦਲ ਜਾਏਗੀ ਜੇ ਉਹ ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਮਿਆਰ* ਤੋਂ ਪੂਰਾ ਉਤਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਰਿਫ ਕਰਮਚਾਰੀ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਵਚਿ ਸਰਿਫ ਤਬਾਕੂ ਛੱਡਣ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਡਿਸਕਾਊਟ ਦਰਸਾਇਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਪ੍ਰਸ਼ਨ 15 ਦੇਖੋ।)

a. ਕਰਮਚਾਰੀ ਇਸ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ: \$ []

- b. ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? ਹਫਤਾਵਾਰੀ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ ਬਾਦ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਇਕ ਵਾਰੀ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨੇ ਬਾਦ ਸਾਲਾਨਾ

c. ਬਦਲਾਵ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (mm/dd/yyyy)

[] / [] / []

- ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਕਿ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕਰੇਗਾ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

- ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਇਹਨਾਂ ਵਚਿ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

* ਕੋਈ ਵੀ ਸਹਿਤ ਪਲਾਨ ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਮਿਆਰ ਤੋਂ ਪੂਰਾ ਉਤਰੇਗਾ ਜੇ ਉਹ ਮਿਆਰੀ ਜਨਤਾ ਲਈ ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਕੁਲ ਖਰਚੇ ਦੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 60% ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਕਾਰੀ ਵੱਡੀ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨੌਕਰੀ-ਅਧਾਰਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨਿਊਨਤਮ ਮੁੱਲ ਮਿਆਰ ਤੋਂ ਪੂਰਾ ਉਤਰਦੀਆਂ ਹਨ।





ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਮਦਦ

ਅਰਜ਼ੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਵਕੀਲ, ਸਲਾਹਕਾਰ, ਏਜੰਟ, ਤੇ ਬਰੋਕਰਸ ਸਿਰਫ

ਇਹ ਹਿਸਾ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਤਸਦੀਕਸ਼ੁਦਾ ਸਲਾਹਕਾਰ, ਮਦਦਗਾਰ, ਏਜੰਟ, ਜਾਂ ਬਰੋਕਰ ਹੋਣ ਦੇ ਨਾਤੇ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਕਿਸੇ ਵਾਸਤੇ ਭਰ ਰਹੇ ਹੋ।

1. ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)

2. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ, ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ, ਤੇ ਜੋੜ ਨਾਮ

3. ਸੰਸਥਾ ਦਾ ਨਾਮ

4. ID ਨੰਬਰ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੈ)

5. ਏਜੰਟ / ਬਰੋਕਰਾਂ ਲਈ ਸਿਰਫ: NPN ਨੰਬਰ

ਤੁਸੀਂ ਕਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਵੀ ਚੁਨ ਸਕਦੇ ਹੋ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿਸ ਉਪਰ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਹੈ ਨੂੰ ਇਜ਼ਾਜਤ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਉਹ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਗਲਬਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖੇ ਤੇ ਉਸ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਤੇ ਜੋ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹਨ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣੀ ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਗਹ ਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਉਪਰ ਦਸਖਤ ਕਰਨੇ. ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ "ਮੁਖਤਿਆਰ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ" ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੀ ਵੀ ਮੁਖਤਿਆਰ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਬਦਲਨ ਦੀ ਜਾਂ ਹਟਾਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪਵੇ, ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਨਾਲ ਗਲ ਕਰੋ. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ਕਿਸੇ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਹੋ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ, ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਨਾਲ ਸਬੂਤ ਵੀ ਭੇਜੋ.

1. ਸਬੰਧਤ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ, ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ)

2. ਪਤਾ

3. ਆਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੰਬਰ

4. ਸ਼ਹਿਰ

5. ਸਟੇਟ

6. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

7. ਫੋਨ ਨੰਬਰ

8. ਸੰਸਥਾ ਦਾ ਨਾਮ

9. ID number (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ)

ਦਸਖਤ ਕਰਨ ਨਾਲ, ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਦਸਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਕਨੂੰਨੀ ਜਾਨਕਾਰੀ, ਤੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਸਾਰੇ ਮਸਲੇ ਹਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਟਾਈਮ ਵਿਚ.

10. ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ 9 ਹੈ ਉਸ ਦੇ ਦਸਖਤ

11. ਦਸਖਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)





ਸਵਾਲ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਬਦਲਾਵ ਬਾਰੇ

(ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੇਜ ਦੇ ਨਾਲ ਨਾਲ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕਰੋ. ਸਿਰਫ ਇਹ ਪੇਜ ਇਹ ਇਕੱਲਾ ਜਮਾ ਨਹੀ ਕਰਾਉ.)

ਜੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਤੇ ਹਨ, ਉਹਨਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿਚ ਕੁਝ ਬਦਲਾਵ ਆਇਆ, ਹੇਠਲੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ. ਕੁਝ ਬਦਲਾਵ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਰਾਹੀਂ ਕਵਰਜ ਉਸੇ ਵੇਲੇ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦੇਣੇ ਹਨ. ਅਸੀਂ ਇਹ ਸਵਾਲ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਉ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਲਾਨਾ ਓਪਨ ਨਾਮਾਂਕਨ ਅਵਧੀ ਦੇ ਬਾਅਦ ਅਤੇ ਅਗਲੀ ਸਾਲਾਨਾ ਓਪਨ ਨਾਮਾਂਕਨ ਅਵਧੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ।

ਇਹ ਸਵਾਲ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੇ ਹਾਲਾਤ ਨਹੀਂ ਬਦਲੇ, ਤੁਸੀਂ ਜਵਾਬ ਖਾਲੀ ਛੱਡ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਤੁਸੀਂ ਮੈਡਿਕੇਡ ਜਾਂ ਬਚਿਆਂ ਦੀ ਹੈਲਥ ਇਨਸੂਰੰਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਚਿਪ) ਵਿਚ ਸਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਕਤ ਦਾਖਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਨਹੀਂ ਆਏ. ਸਰਕਾਰੀ ਪਹਿਚਾਨ ਮਿਲੀ ਕਬੀਲਾ ਤੇ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਾਸੀ ਸ਼ੇਅਰਹੋਲਡਰ ਮੈਂਬਰ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਰਾਹੀਂ ਸਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਟਾਈਮ ਦਾਖਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ.

ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਬਦਲਾਵ ਬਾਰੇ ਦਸੋ.

1. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਕੀ ਕਸਿ ਨੇ ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਗੁਆਇਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਅਗਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਗੁਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮਾਂ	ਤਾਰੀਖ ਜਦੋਂ ਕਵਰਜ ਖਤਮ ਹੋਈ ਜਾਂ ਹੋਵੇਗੀ (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ਇਥੇ ਚੈਕ ਕਰੋ ਜੇ ਕਵਰਜ ਪ੍ਰਮਿਅਮ ਨਾ ਦੇਣ ਦੀ ਵਜਹ ਕਰਕੇ ਖਤਮ ਹੋ ਗਈ.	

2. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਕਸਿ ਨੇ ਵਿਆਹ ਕੀਤਾ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮਾਂ	ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਕੋਈ ਜੇਲ੍ਹ ਜਾਂ ਹਰਿਸਤ ਵਿਚੋਂ ਛੁੱਟ ਕੇ ਆਇਆ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮਾਂ	ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਕਸਿ ਨੂੰ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਦਰਜਾ ਮਲਿਆ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮਾਂ	ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਕਸਿ ਨੂੰ ਗੋਦ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਗੋਦ ਲੈਣ ਲਈ ਜਾਂ ਫੋਸਟਰ ਕੇਅਰ ਵਿਚ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮਾਂ	ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਆਰਡਰ ਦੇ ਕਾਰਨ ਕੋਈ ਆਸ਼ਰਤ ਵਿਅਕਤੀ ਬਣਿਆ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮਾਂ	ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਕਸਿ ਨੇ ਆਪਣੀ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਦੇ ਮੁੱਖ ਸਥਾਨ ਨੂੰ ਬਦਲਿਆ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮਾਂ	ਤਾਰੀਖ ਛੱਡ ਕੇ ਜਾਣ ਦੀ (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ਤੁਹਾਡੇ ਪਿਛਲੇ ਪਤੇ ਦਾ ਜ਼ਮਿ ਕੋਡ ਕੀ ਹੈ? ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵਦਿਸ ਜਾਂ ਯੂ.ਐਸ. ਟੈਰੀਟਰੀ ਤੋਂ ਆ ਕੇ ਵਸੇ ਹੋ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਭਰੋ.

a. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੌਰਾਨ ਕਸਿ ਸਮੇਂ ਇਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕੋਲ ਯੋਗ ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੋ:

ਸਾਰੇ ਨਾਮਾਂ