



ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ਼ ਜਾਂ ਕੀਮਤ ਦੇਣ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ

ਆਨਲਾਈਨ ਜਲਦੀ ਅਪਲਾਈ ਕੋ ਇਥੇ ਜਾਕੇ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)



ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ

- ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਆਪਕ ਕਵਰੇਜ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ।
- ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਜੋ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਤੁਰੰਤ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਡੀਕੇਡ ਜਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CHIP) ਦੁਆਰਾ ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ। **ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਆਮਦਨੀ ਪੱਧਰ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।**



ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਕੌਣ ਵਰਤ ਸਕਦਾ ਹੈ?

- ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਆਵੇਦਨ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।
- **ਤਾਂ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿਓ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਹੋਵੇ। ਤੁਸੀਂ ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ।**
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਕਲੇ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ ਫੋਟਾ ਫਾਰਮ ਵਰਤਨ ਦੇ ਕਾਬਲ ਫੀ ਹੋ। ਇਥੇ ਜਾਓ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)।
- ਯੋਗ ਪ੍ਰਵਾਸੀਆਂ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਆਵੇਦਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ ਤੇ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਆਵੇਦਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਆਵੇਦਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਵਾਸੀ ਹਾਲਤ ਜਾਂ ਸਥਾਈ ਨਿਵਾਸੀ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕ ਬਣਨ ਦੀਆਂ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕੋਈ ਮਦਦ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਿਚ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭਾਗ ਸੀ ਭਰਨਾ ਪਵੇ।



ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

- ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ (SSN) (ਜਾਂ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਯੋਗ ਪ੍ਰਵਾਸੀ ਲਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ)।
- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਰਸੀਦਾਂ, W-2 ਫਾਰਮ, ਜਾਂ ਦਿਹਾੜੀ ਅਤੇ ਟੈਕਸ ਦੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ)।
- ਮੌਜੂਦਾ ਹੈਲਥ ਇੰਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਪੌਲਿਸੀ ਦੇ ਨੰਬਰ
- ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਜ-ਸੰਬੰਧੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ।



ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲੋਂ ਕਿਉਂ ਲੈਣਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹਾਂ?

ਅਸੀਂ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਪੁਛਦੇ ਹਾਂ ਤੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਂਦੇ ਹਾਂ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਕਵਰੇਜ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਤੇ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਸਤੇ ਪੈਸੇ ਦੀ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੋਵੇ। **ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਦਿਉਗੇ ਨੂੰ ਫੁੱਫਾ ਕੇ ਸੁਰਿਖਅਤ ਰਖਾਂਗੇ, ਜਿਹਦਾ ਕਨੂੰਨ ਮੰਗਦਾ ਹੈ।** ਪ੍ਰਾਈਵੇਸੀ ਐਕਟ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਲਈ, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 'ਤੇ ਜਾਓ, ਜਾਂ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ।



ਅਗੇ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

ਰੱਖਣ ਲਈ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਬਣਾਓ, ਫਿਰ ਆਪਣੀ ਪੂਰੀ, ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪੰਨਾ 8 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪੁੱਛੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਵੀ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਓ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ 1-2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਅੰਦਰ ਸੰਪਰਕ ਕਰਾਂਗੇ, ਅਤੇ ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਵਧੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਤੋਂ ਕਾਲ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਅਧੀਨ ਲੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੇਲ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਪਾਤਰਤਾ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ। ਜੇ ਸਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕੋਈ ਕਾਲ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਕਾਲ ਸੈਂਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਭਰਨ ਦਾ ਇਹ ਮਤਲਬ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਖਰੀਦਣੀ ਪਵੇਗੀ।



ਅਰਜ਼ੀ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਲਵੋ

- **ਆਨਲਾਈਨ:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)।
- **ਫੋਨ:** ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਕਾਲ ਸੈਂਟਰ ਨੰਬਰ **1-800-318-2596** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਯੂਜ਼ਰ **1-855-889-4325** ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- **ਖੁਦ:** ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਕੇ ਵਿਚ ਸਲਾਹਕਾਰ ਹੋਣ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜਾਓ: [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ਜਾਂ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ 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 ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜੋ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਦਸੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਲੈਣ ਲਈ ਕੋਈ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇੱਕ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਬ੍ਰੇਲ, ਜਾਂ ਆਡੀਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਵਿਤਕਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਵੀ ਹੈ। [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/) [HealthCare.gov/ondiscrimination-notice/](https://www.healthcare.gov/ondiscrimination-notice/) ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ **1-800-318-2596** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਉਪਭੋਗਤਾ **1-855-889-4325** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

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



HealthCare.gov



ਕੇਵਲ ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਗੂੜ੍ਹੇ ਨੀਲੇ ਰੰਗ ਦੀ ਸਿਆਹੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਲਿਖਾਵਟ ਵਿੱਚ ਲਿਖੋ।
 ਸ਼ਰਕਲ ਭਰੋ (○) ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ → ●.

ਸ਼ਬ ਤੋਂ ਪਹਿਲੇ: ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

(ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਵਿਅਕਤੀ ਹੋਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਬਾਲਗ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।)

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ	ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਮ	ਤਖਲਸ
[Hatched area]			
2. ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਖਾਲੀ ਛੱਡੋ.)			3. ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ 2
[Hatched area]			
4. ਸ਼ਹਿਰ	5. ਸਟੇਟ	6. ਜਿਪ ਕੋਡ	7. ਕਾਉਂਟੀ
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]
8. ਮੇਲਿੰਗ ਪਤਾ (ਜੇ ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਤੋਂ ਅਲਗ ਹੈ)			9. ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ 2
[Hatched area]			
10. ਸ਼ਹਿਰ	11. ਸਟੇਟ	12. ਜਿਪ ਕੋਡ	13. ਕਾਉਂਟੀ
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]
14. ਫੋਨ ਨੰਬਰ		15. ਦੂਜਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	
[Hatched area]		[Hatched area]	
16. ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਜਾਨਕਾਰੀ ਈਮੇਲ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ			
ਈਮੇਲ ਦਾ ਪਤਾ: [Hatched area]			
17. ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ	ਲਿਖੀ ਹੋਈ	ਬੋਲੀ ਗਈ	
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	

ਸਟੈਪ 2: ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਕਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਪਾਨਾ ਚੁੰਦੇ ਹੋ?

ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਚਰਣ 2 ਪੰਨੇ ਪੂਰੇ ਭਰੋ, ਭਾਵੇਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਆਵੇਦਨ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਹਰ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰੀਨ ਕਵਰੇਜ ਮਿਲ ਸਕੇ। ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਰਾਸ਼ੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਕਿਸਮ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਆਮਦਨੀ 'ਤੇ ਆਧਾਰਤ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਭਾਵੇਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਬਾਲਗਾਂ ਵਾਸਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ:

ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਵੀ ਲਿਖੋ ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੇ:

- ਕੋਈ ਪਤੀ ਪਤਨੀ
- ਸੌਤੇਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਸਮੇਤ, 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਪੁੱਤਰ ਜਾਂ ਧੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਉਹ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।
- ਹੋਰ ਕੋਈ ਜਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਤੁਹਾਡੇ ਫੈਦਰਲ ਟੈਕਸ ਤੇ (ਜੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਜਿਆਦਾ ਟੈਕਸ ਤੇ ਕਲੇਮ ਕੀਤੇ) ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਲੈਣ ਲਈ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ

ਉਨ੍ਹਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਵਾਸਤੇ ਜੋ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਦੀ:

ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਵੀ ਲਿਖੋ ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਆਪ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਕਰ 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
- ਕੋਈ ਵੀ ਪਤੀ / ਪਤਨੀ ਜਿਸ ਨਾਲ ਉਹ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।
- ਹੋਰ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਉਸੇ ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਤੇ ਹੈ, ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤੁਹਾਨੂੰ.

ਆਪਣੇ ਹਰੇਕ ਪਰਿਵਾਰਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਚਰਣ 2 ਪੂਰਾ ਭਰੋ।

ਖੁਦ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ, ਫਿਰ ਹੋਰ ਬਾਲਗ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ 2 ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਅਕਤੀ ਹਨ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਨਿਆਂ ਦੀ ਇੱਕ ਨਕਲ ਬਣਾਉਣੀ ਪਵੇਗੀ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਵੇਗੀ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ SSNs ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਕਾਨੂੰਨ ਮੁਤਾਬਿਕ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅਸੀਂ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਾਂਗੇ। ਅਸੀਂ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਲਈ ਕਰਾਂਗੇ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ।



ਮਰਜ਼ੀ ਮੁਤਾਬਿਕ: (ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਯੋਗਤਾ, ਯੋਜਨਾ ਵਕਿਲਪਾਂ, ਜਾਂ ਲਾਗਤਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।)

ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਭਰੋ।

19. ਨਸਲ:

- ਗੋਰੇ ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ਇਨਡਿਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਾਸੀ ਫਿਲਪੀਨੋ ਜਪਾਨੀ ਕੋਰੀਅਨ ਏਸ਼ੀਅਨ ਇਨਡਿਅਨ ਚੀਨੀ ਵੀਤਨਾਮੀ ਦੂਸਰੇ ਏਸ਼ੀਅਨ ਹਵਾਈ ਦੇ ਵਾਸੀ ਗੁਆਮੀਅਨ ਜਾਂ ਚਾਮੋਰੋ ਸਮੋਨ ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ ਕੁਛ ਹੋਰ

ਇੱਕ ਜਵਾਬ ਚੁਣੋ।

20. ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਨਰਿਧਾਰਤ ਲਾਗਿ (ਤੁਹਾਡੇ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ 'ਤੇ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ):

- ਔਰਤ ਨਰ ਹੋਰ: ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਜਵਾਬ ਨਾ ਦੇਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰੋ

21. ਮੌਜੂਦਾ ਲਾਗਿ:

- ਔਰਤ ਨਰ ਟਰਾਂਸਜੈਂਡਰ ਔਰਤ ਟਰਾਂਸਜੈਂਡਰ ਮਰਦ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਸ਼ਬਦ: ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਜਵਾਬ ਨਾ ਦੇਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰੋ

22. ਜਨਿਸੀ ਰੁਝਾਨ:

- ਲਗਿ ਲੈਸਬੀਅਨ ਜਾਂ ਗੇ ਸਧਿ (ਲੈਸਬੀਅਨ ਜਾਂ ਗੇ ਨਹੀਂ) ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਸ਼ਬਦ: ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਜਵਾਬ ਨਾ ਦੇਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰੋ

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। ਆਈਟਮ 20 ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ। ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ: ਆਈਟਮ 30 'ਤੇ ਜਾਓ। ਖੁਦ ਦਾ ਕੰਮ: ਆਈਟਮ 29 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ 1:

20. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (ਵਕਿਲਪਕਿ)

b. ਸ਼ਹਿਰ

c. ਸਟੇਟ

d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

21. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

22. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ)

- ਘੰਟੇ ਦੇ ਹਫਤੇ ਦੇ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ

\$ _____

- ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਸਾਲ ਦੀ

23. ਆਮ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਦੇ ਹਰ ਹਫਤੇ

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

24. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (ਵਕਿਲਪਕਿ)

b. ਸ਼ਹਿਰ

c. ਸਟੇਟ

d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

25. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

26. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ)

- ਘੰਟਾ ਵਾਰੀ ਹਫਤਾ ਵਾਰੀ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ

\$ _____

- ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ਮਾਹਵਾਰੀ ਸਾਲਾਨਾ

27. ਆਮ ਕਰਕੇ ਹਫਤੇ ਵਿਚ ਕਿੰਨੇ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਹੈ

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

29. ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਆਪਨਾ 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?

ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ 'ਤੇ ਜਾਓ। \$ _____

ਅਗਲੇ ਸਫੇ ਤੇ ਜਾਰੀ



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

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

<input type="radio"/> ਕੰਮ ਨਹੀ ਉਸ ਦੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਪੁਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਗੁਜ਼ਾਰਾ-ਭੱਤਾ (ਨੋਟ: ਕੇਵਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ, ਜਨਿਹਾਂ ਨੇ 1/1/2019 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਲਾਕ ਨੂੰ ਅੰਤਿਮ ਰੂਪ ਦਿੱਤਾ) \$ <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 / ਮਛਲੀ ਫੜਨੇ \$ <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"/> ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ / ਰੋਇਲਟੀ \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਰਿਟਾਇਅਰਮੈਂਟ ਦਾ ਖਾਤਾ \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ, ਪੁਰਕਾਰ : <input type="text"/> \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>

31. ਕਟੌਤੀਆਂ: ਸਭ ਭਰੋ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ, ਰਕਮ ਦਸੋ ਤੇ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਭਰਦੇ ਹੋ, ਜੇ ਤੁਸੀ ਕੁਛ ਖਾਸ ਚੀਜ਼ਾ ਵਾਸਤੇ ਭਰਦੇ ਹੋ ਤੇ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਟੌਤੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਬਾਰੇ ਦਸਨ ਨਾਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਦੀ ਕੀਮਤ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਅਦਾ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸ਼ੁੱਧ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ (ਸਵਾਲ 29b) ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਵਿਚਾਰੀ ਗਈ ਲਾਗਤ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ।

<input type="radio"/> ਐਲੀਮਨੀ ਭਰ ਚੁਕੇ (ਨੋਟ: ਕੇਵਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ, ਜਨਿਹਾਂ ਨੇ 1/1/2019 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਲਾਕ ਨੂੰ ਅੰਤਿਮ ਰੂਪ ਦਿੱਤਾ) \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਕਟੌਤੀ, ਪੁਰਕਾਰ : <input type="text"/> \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਪੜਾਈ ਕਰਜ਼ੇ ਦਾ ਵਿਆਜ਼ੇ \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	

32. ਇਸ ਸਵਾਲ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਸਾਲ ਦੌਰਾਨ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਾਲ ਦੇ ਕੁਝ ਹਿੱਸੇ ਲਈ ਨੌਕਰੀ 'ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਕੁਝ ਮਹੀਨਿਆਂ ਲਈ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਕਿ ਮਹੀਨੇ ਆਮਦਨ ਵਿਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਨਹੀ ਆਏਗਾ, ਅਗਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਤੇ ਜਾਓ.

ਇਸ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ \$ <input type="text"/>	ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ (ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇਹ ਵੱਖਰੀ ਹੋਵੇਗੀ) \$ <input type="text"/> <input type="radio"/> ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨ ਲਗਾਉਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋਵੇਗਾ ਤਾਂ ਭਰੋ।
---	---

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



ਸਟੈਪ 2: ਦੂਸਰਾ ਵਿਅਕਤੀ

ਨੋਟ: ਜੇ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਨਹੀਂ ਚਾਹੀਦੀ, ਇਸ ਪੇਜ ਤੇ ਸਿਰਫ 1-10 ਤਕ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ। 5 ਤੋਂ 6 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 ਰੀਟਰਨ ਤੇ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਫਾਈਲ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਫਾਈਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਸ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਯਾਦ ਰੱਖੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਪਹਿਲਾ ਪੇਜ ਦੇਖੋ ਕਿ ਕਿਸ ਦਾ ਨਾਮ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ	ਆਖਰੀ ਨਾਮ	ਤਖਲਸ
[Blank space for names]			
2. ਵਿਅਕਤੀ 1 ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤਾ? ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ 'ਤੇ ਜਾਓ	3. ਵਿਅਕਤੀ 2 ਸ਼ਾਦੀਸ਼ੁਦਾ ਹੈ? <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ	4. ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)	5. ਲਿੰਗ <input type="radio"/> ਔਰਤ <input type="radio"/> ਆਦਮੀ
6. ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਊਰਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) [Blank space]		★ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੇ 2 ਨੰਬਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤੇ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਸ ਸ ਨ ਹੈ.	
7. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਵਿਅਕਤੀ 1 ਨਾਲ ਉਸੇ ਪਤੇ ਤੇ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ ਜੇ ਨਹੀਂ, ਪਤਾ ਭਰੋ: [Blank space]			
8. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੇ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦਾ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚਿਆ ਹੈ? (ਤੁਸੀਂ ਫਿਰ ਵੀ ਕਵਰਜ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਭਾਂਵੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ.) <input type="radio"/> ਹਾਂ। ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ a ਤੋਂ c ਤੱਕ ਆਈਟਮਾਂ ਦਾ ਉੱਤਰ ਦਿਓ <input type="radio"/> ਨਹੀਂ। ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਆਈਟਮ c 'ਤੇ ਜਾਓ।			
a. ਵਿਅਕਤੀ 2 ਆਪਣੇ ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਨੂੰ ਨਾਲ ਭਰੇਗਾ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ: [Blank space]			
b. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਆਪਣੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ ਕੋਈ ਡਿਪੈਨਡੈਂਟ ਕਲੇਮ ਕਰਦਾ ਹੈ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਲਿਖੋ ਨਾਮ(ਸ) ਡਿਪੈਨਡੈਂਟ ਦੇ: [Blank space]			
c. ਕੀ 2 ਵਿਅਕਤੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੇ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਤੇ ਡਿਪੈਨਡੈਂਟ ਹੈ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਕਰ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ: [Blank space] ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਰ ਨਾਲ ਕੀ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰੀ ਹੈ? [Blank space]			
9. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਗਰਬਵਤੀ ਹੈ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ a. ਜੇ ਹਾਂ, ਕਿੰਨੇ ਬਚੇ ਹਨ ਇਸ ਗਰਬ ਵਿਚ? [Blank space]			
10. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਚਾਹੀਦੀ? (ਭਾਂਵੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਕੋਲ ਕਵਰਜ ਹੈ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਵਧੀਆ ਜਾਂ ਸਸਤੀ ਕਵਰਜ ਮਿਲ ਜਾਵੇ) <input type="radio"/> ਹਾਂ/ਜੇ ਹਾਂ, ਹੇਠਲੇ ਸਭ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਉ. <input checked="" type="radio"/> ਨਾਂਹ. ਜੇ ਨਾਂਹ, ਆਮਦਨ ਸਵਾਲ ਪੇਜ 5 ਤੇ ਪਹੁੰਚ ਜਾਉ. ਬਾਕੀ ਦਾ ਪੇਜ ਖਾਲੀ ਛੱਡ ਦਿਉ. <input checked="" type="radio"/>			
11. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਸਰੀਰਕ, ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਭਾਵਨਾਤਮਕ ਸਹਿਤ ਸਥਿਤੀ ਅਜਿਹੀ ਹੈ ਜੋ ਕੰਮਾਂ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਨਹਾਉਣਾ, ਪਹਿਰਾਵਾ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ, ਆਦਿ) ਵੱਧ ਰੁਕਾਵਟ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਕਮਿੰ ਖਾਸ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਜਾਂ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹੂਲਤ ਜਾਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵੱਧ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ			
12. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਯੂ.ਐਸ. ਦਾ ਨਾਗਰਿਕ ਹੈ ਜਾਂ ਯੂ.ਐਸ ਦਾ ਵਾਸੀ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ			
13. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਸਲੀ ਨਾਗਰਿਕ ਹੈ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਲਿਤੀ ਹੋਈ ਹੈ? (ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਕਿ ਉਹ ਯੂ.ਐਸ. ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਪੈਦਾ ਹੋਏ.) <input type="radio"/> ਹਾਂ. ਜੇ ਹਾਂ, ਏ ਅਤੇ ਬੀ ਭਰੋ. <input type="radio"/> ਨਾਂਹ. ਜੇ ਨਾਂਹ, 14 ਸਵਾਲ ਤੋਂ ਚਾਲੂ ਰਖੋ.			
a. ਏਲੀਅਨ ਨੰਬਰ [Blank space]		b. ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਨੰਬਰ [Blank space]	
14. ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਜਾਂ ਅਮਰੀਕਾ ਦਾ ਵਾਸੀ ਨਹੀਂ, ਉਹਨਾਂ ਕੋਲ ਕੋਈ ਕਨੂੰਨੀ ਸਟੇਟਸ ਹੈ? <input type="radio"/> ਹਾਂ. ਕਿਸ ਟਾਈਪ ਦੇ ਪੇਪਰ ਹਨ ਤੇ ਆਈ. ਡੀ ਨੰਬਰ. ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਖੋ. ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਪੇਪਰ ਦੀ ਕਿਸਮ: [Blank space] ਸਟੇਟਸ ਦੀ ਕਿਸਮ (ਮਰਜ਼ੀ ਅਨੁਸਾਰ): [Blank space] ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦਾ ਨਾਮ ਉਹ ਹੀ ਲਿਖੋ ਜੋ ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਕਾਗਜ਼ਾਂ ਤੇ ਹੈ. [Blank space]			
ਏਲੀਅਨ ਜਾਂ ਆਈ-94 ਨੰਬਰ [Blank space]		ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ [Blank space]	
SEVIS ID ਜਾਂ ਖਤਮ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ (ਮਰਜ਼ੀ) [Blank space]		ਹੋਰ (ਕੈਟਗਰੀ ਕੋਡ ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੇਸ਼ ਨੇ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ) [Blank space]	
a. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਮਰੀਕਾ ਵਿਚ 1996 ਤੋਂ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹਨ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ			
b. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2, ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਪਤੀ ਜਾਂ ਮਾਂ ਬਾਪ, ਅਮਰੀਕਾ ਦੀ ਫੌਜ ਵਿਚ ਸਾਬਕਾ ਜਾਂ ਡਿਊਟੀ ਦਿਤੀ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ			
15. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਬਿਲ ਚੁਕਾਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> 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? (ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਇਸ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ "ਹਾਂ" ਭਰੋ।)..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> 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.) [Blank space]			
ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਫੋਸਟਰ ਕੇਅਰ ਵਿਚ ਰਿਹਾ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਉਮਰ ਵਿਚ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ			
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦਿਉ ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਹੈ 22 ਸਾਲ ਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਛੋਟਾ:			
18. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੂੰ ਨੌਕਰੀ ਰਾਹੀਂ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਮਿਲੀ ਤੇ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਖਤਮ ਹੋ ਗਈ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ			
a. ਜੇ ਹਾਂ, ਖਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: [Blank space]		b. ਕਿਸ ਕਾਰਨ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਖਤਮ ਹੋਈ: [Blank space]	
19. ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਫੁਲ ਟਾਈਮ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੈ?..... <input type="radio"/> ਹਾਂ <input type="radio"/> ਨਾਂ			

ਅਗਲੇ ਸਫੇ ਤੇ ਜਾਰੀ



ਮਰਜ਼ੀ ਮੁਤਾਬਿਕ: (ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਨਾਲ ਯੋਗਤਾ, ਯੋਜਨਾ ਵਕੀਲਪਾਂ, ਜਾਂ ਲਾਗਤਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ।)

ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਭਰੋ।

21. ਨਸਲ:

- ਗੋਰੇ ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ਇਨਡਿਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਵਾਸੀ ਫਿਲੀਪੀਨੋ ਜਪਾਨੀ ਕੋਰੀਅਨ ਏਸ਼ੀਅਨ ਇਨਡਿਅਨ ਚੀਨੀ ਵੀਤਨਾਮੀ ਦੂਸਰੇ ਏਸ਼ੀਅਨ ਹਵਾਈ ਦੇ ਵਾਸੀ ਗੁਆਮੀਅਨ ਜਾਂ ਚਾਮੋਰੋ ਸਮੋਨੋ ਹੋਰ ਪੈਸਿਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ ਕੁਛ ਹੋਰ

ਇੱਕ ਜਵਾਬ ਚੁਣੋ।

22. ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਨਰਿਧਾਰਤ ਲਾਗਿ (ਵਾਕਤੀ 2 ਦੇ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ 'ਤੇ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ):

- ਔਰਤ ਨਰ ਹੋਰ: ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਜਵਾਬ ਨਾ ਦੇਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰੋ

23. ਮੌਜੂਦਾ ਲਾਗਿ:

- ਔਰਤ ਨਰ ਟਰਾਂਸਜੈਂਡਰ ਔਰਤ ਟਰਾਂਸਜੈਂਡਰ ਮਰਦ ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਸ਼ਬਦ: ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਜਵਾਬ ਨਾ ਦੇਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰੋ

24. ਜਨਿਸੀ ਰੁਝਾਨ:

- ਲਗਿ ਲੈਸਬੀਅਨ ਜਾਂ ਗੇ ਸਧਿ (ਲੈਸਬੀਅਨ ਜਾਂ ਗੇ ਨਹੀਂ) ਇੱਕ ਵੱਖਰਾ ਸ਼ਬਦ: ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਜਵਾਬ ਨਾ ਦੇਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰੋ

ਸਟੈਪ 2: ਵਿਅਕਤੀ 2

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

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ ਤੇ ਆਮਦਨ ਦੀ ਜਾਨਕਾਰੀ

- ਕੰਮ ਬਾਰੇ: ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਜਕਲ ਕੰਮ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਦੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਆਈਟਮ 22 ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰੋ। ਕੰਮ ਨਹੀ ਕਰਦੇ: ਆਈਟਮ 32 'ਤੇ ਜਾਓ। ਖੁਦ ਦਾ ਕੰਮ: ਆਈਟਮ 31 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਮੌਜੂਦਾ ਨੌਕਰੀ 1

22. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (ਵਕਿਲਪਕਿ)

b. ਸ਼ਹਿਰ

c. ਸਟੇਟ

d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

23. ਕੰਮ ਦੇਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

(____) _____ - _____

24. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋ ਪਹਿਲਾਂ)

\$ _____

- ਘੰਟਾ ਵਾਰੀ ਹਫਤਾ ਵਾਰੀ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ
 ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ਮਾਹਵਾਰੀ ਸਾਲਾਨਾ

25. ਆਮ ਕਰਕੇ ਹਫਤੇ ਵਿਚ ਕਿੰਨੇ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਹੈ

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

26. ਮਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ

a. ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ (ਵਕਿਲਪਕਿ)

b. ਸ਼ਹਿਰ

c. ਸਟੇਟ

d. ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

27. ਮਾਲਕ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

(____) _____ - _____

28. ਤਨਖਾਹ / ਟਿਪਸ (ਟੈਕਸ ਤੋ ਪਹਿਲੇ)

\$ _____

- ਘੰਟੇ ਦੇ ਹਫਤੇ ਦੇ ਹਰ 2 ਹਫਤੇ
 ਮਹੀਨੇ ਵਿਚ ਦੋ ਵਾਰੀ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਸਾਲ ਦੀ

29. ਆਮ ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਦੇ ਹਰ ਹਫਤੇ

30. ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ, ਕੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੇ: ਨੌਕਰੀਆਂ ਬਦਲੀਆਂ ਕੰਮ ਨਹੀ ਕੀਤਾ ਕੰਮ ਕੁਛ ਘੰਟੇ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਇਨਾਂ ਵਿਚੋਂ ਕੁਛ ਨਹੀ

31. ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ a ਅਤੇ b ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ:

a. ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦਾ ਕੰਮ: _____

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

ਅਗਲੇ ਸਫੇ ਤੇ ਜਾਰੀ



32. 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 ਸਕਿਊਰਟੀ (ਸਸਆਈ) ਤੋਂ ਹੈ ਫਿਰ ਦਸਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ.

<input type="radio"/> ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਉਸ ਦੇ ਪੈਸੇ ਮਿਲਦੇ \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਗੁਜ਼ਾਰਾ-ਭੱਤਾ (ਨੋਟ: ਕੇਵਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ, ਜਨਿਹਾਂ ਨੇ 1/1/2019 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਲਾਕ ਨੂੰ ਅੰਤਿਮ ਰੂਪ ਦਿਤਾ) \$ <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"/> ਖੋਤੀ ਬਾਡੀ / ਮਫਲੀ ਫੜਨੇ \$ <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"/> ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ / ਰੋਇਲਟੀ \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਦਾ ਖਾਤੋ \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ, ਪ੍ਰਕਾਰ : <input type="text"/> \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>

33. ਕਟੌਤੀਆਂ: ਸਭ ਭਰੋ ਜੋ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ, ਰਕਮ ਦਸੋ ਤੇ ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਭਰਦੇ ਹੋ, ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਕੁਛ ਖਾਸ ਚੀਜ਼ਾ ਵਾਸਤੇ ਭਰਦੇ ਹੋ ਜਿਸ ਨਾਲ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਟੌਤੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਸਾਨੂੰ ਉਸ ਬਾਰੇ ਦਸਨ ਨਾਲ ਹੇਲਥ ਕਵਰਜ਼ ਦੀ ਕੀਮਤ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਉਸ ਚਾਈਲਡ ਸਪੋਰਟ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਅਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਸ਼ੁੱਧ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ (ਸਵਾਲ 31b) ਦੇ ਜਵਾਬ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਵਿਚਾਰੀ ਗਈ ਲਾਗਤ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ।

<input type="radio"/> ਐਲੀਮਨੀ ਭਰ ਚੁਕੇ (ਨੋਟ: ਕੇਵਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ, ਜਨਿਹਾਂ ਨੇ 1/1/2019 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤਲਾਕ ਨੂੰ ਅੰਤਿਮ ਰੂਪ ਦਿਤਾ) \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	<input type="radio"/> ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਕਟੌਤੀ, ਪ੍ਰਕਾਰ : <input type="text"/> \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>
<input type="radio"/> ਪੜਾਈ ਕਰਜ਼ੇ ਦਾ ਵਿਆਜ਼ੇ \$ <input type="text"/> ਅਕਸਰ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ? <input type="text"/>	

34. ਤਾਂ ਹੀ ਭਰੋ ਜੇ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਆਮਦਨ ਸਾਲ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਬਦਲਨੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਨੇ ਸਾਲ ਦੇ ਕੁਛ ਮਹੀਨੇ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਕੁਛ ਮਹੀਨੇ ਕੋਈ ਵਾਇਦੇ ਲਏ. ਜੇਕਰ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਆਪਣੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਦੀ ਉਮੀਦ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਵਿਅਕਤੀ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਇਸ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ \$ <input type="text"/>	ਵਿਅਕਤੀ 2 ਦੀ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਪੂਰੀ ਆਮਦਨੀ \$ <input type="text"/> <input type="radio"/> ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨ ਲਗਾਉਣਾ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੋਵੇਗਾ ਤਾਂ ਭਰੋ।
---	--

ਪੰਨਵਾਦ ! ਬਸ ਵਿਅਕਤੀ 2 ਬਾਰੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਹੀ ਜਾਣਨਾ ਸੀ



ਸਟੈਪ 3: ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਨਿਵਾਸੀ (AI / AN) ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ

1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦਾ ਨਿਵਾਸੀ ਹੈ?

- ਨਾਂਹ. ਜੇ ਨਾਂਹ, ਸਟੈਪ 4 ਤੋਂ ਚਾਲੂ ਕਰੋ ਹਾਂ. ਜੇ ਹਾਂ, ਸਟੈਪ 4 ਚਾਲੂ ਰਖੋ, ਨਾਲੇ ਅਪੈਂਡਿਕਸ ਬ ਭਰੋ ਤੇ ਅਰਜੀ ਵਿਚ ਭਰੋ

ਸਟੈਪ 4: ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ

1. ਕੀ ਇਸ ਦਰਖਾਸਤ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕੇਡ ਜਾਂ ਚਿਲਡਰਨ ਹੈਲਥ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CHIP) ਲਈ ਅਯੋਗ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ?

(ਹਾਂ ਸਿਰਫ ਤਾਂ ਹੀ ਚੁਣੋ ਜੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਦੁਆਰਾ ਨਹੀਂ, ਬਲਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਰਾਜ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ।) ਹਾਂ ਨਾਂ

ਕੌਣ?

ਜਾਂ, ਕੀ ਇਸ ਆਵੇਦਨ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਪਿਛਲੇ 5 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਵਾਸੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਮੈਡੀਕੇਡ ਜਾਂ CHIP ਲਈ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ

ਕੌਣ?

ਕੀ ਇਸ ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਨੇ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਓਪਨ ਇਨਰੋਲਮੈਂਟ ਪੀਰੀਅਡ ਦੌਰਾਨ ਜਾਂ ਯੋਗਤਾਪੂਰਵਕ ਜੀਵਨ ਈਵੈਂਟ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਆਵੇਦਨ ਦਿੱਤਾ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ

ਕੌਣ?

2. ਜਿਨਾ ਦਾ ਨਾਮ ਇਸ ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਭਰਿਆ ਹੈ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਨੌਕਰੀ ਵਲੋਂ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? ਹਾਂ ਲਿਖੋ ਭਾਂਵੇ ਕਵਰੇਜ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੀ ਨੌਕਰੀ ਤੋਂ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਮਾ ਬਾਪ ਜਾਂ ਪਤੀ ਪਤਨੀ, ਭਾਂਵੇ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਕਵਰੇਜ ਨਹੀਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ। ਨਹੀਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਵਰੇਜ ਕੇਵਲ COBRA ਹੈ।

- ਹਾਂ. ਚਾਲੂ ਰਖੋ ਤੇ ਅਪੈਂਡਿਕਸ ਏ ਭਰੋ. ਨਾਂਹ.

ਜੇ ਹਾਂ, ਕੀ ਇਹ ਸਟੇਟ ਕਰਮਚਾਰੀ ਲਾਭ ਯੋਜਨਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਾਂ

ਕੀ ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਕਰਵੇਜ਼ ਹੈਲਥ ਰੀਇੰਬਰਸਮੈਂਟ ਆਰੋਜਮੈਂਟ (HRA) ਜਾਂ ਕੁਆਲੀਫਾਈਡ ਸਮਾਲ ਬਿਜਨੈਸ HRA (QSEHRA) ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ? ਹਾਂ ਨਾਂ

3. ਕਿਸੇ ਨੇ ਹੁਣ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਕਰਵਾਈ ਹੋਈ ਹੈ?

- ਹਾਂ. ਜੇ ਹਾਂ, 4 ਸਵਾਲ ਤੋਂ ਚਾਲੂ ਰਖੋ. ਨਾਂਹ. ਜੇ ਨਾਂਹ, ਸਟੈਪ 5 ਤੇ ਚਲੋ ਜਾਓ.

4. ਹੁਣ ਵਾਲੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਇਸ ਪੇਜ ਦੀ ਕਾਪੀ ਬਣਾਓ ਜੇ 2 ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲੋਕਾਂ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਹੈ.)

ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਹੈ ਲਿਖੋ, ਜਿਵੇਂ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ, ਕੌਬਰਾ, ਮੈਡੀਕੇਡ, ਚਿਪ, ਮੈਡੀਕੇਅਰ, ਟਰੀਕੇਅਰ, ਵੀਏ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਪੀਸ ਕੌਰਪਸ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ.

(ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਡਾਰੈਕਟ ਕੇਅਰ ਜਾਂ ਲਾਈਨ ਐਂਡ ਡਿਊਟੀ ਹੈ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਟਰਾਈ ਕੇਅਰ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦੱਸੋ.)

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਜਿਸ ਕੋਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਹੈ

ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਕਿਸਮ:

ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੌਬਰਾ ਮੈਡੀਕੇਡ ਚਿਪ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਟਰੀਕੇਅਰ ਵੀਏ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪੀਸ ਕੌਰਪਸ ਕੋਈ ਹੋਰ

ਜੇ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਹੈ: (ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੈਂਡਿਕਸ 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 ਕੌਬਰਾ ਮੈਡੀਕੇਡ ਚਿਪ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਟਰੀਕੇਅਰ ਵੀਏ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪੀਸ ਕੌਰਪਸ ਕੋਈ ਹੋਰ

ਜੇ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਮ ਵਲੋਂ ਹੈ: (ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੈਂਡਿਕਸ 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 ਜਾ ਦਸਖਤ

1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕੀਟ ਪਲੇਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਦੇਖਨ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਦੇਂਦੇ ਹੋ, ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਸਮੇਤ, ਅਗਲੇ 5 ਸਾਲ ਵਾਸਤੇ?..... ਹਾਂ ਨਾਂ
ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨਾ ਸੌਖਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਨੂੰ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨਾਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮੇਤ ਅਪਡੇਟ ਕੀਤੇ ਆਮਦਨ ਅੰਕੜੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਇੱਕ ਨੋਟਿਸ ਭੇਜੇਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਕਰਨ ਦੇਵੇਗਾ। ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਇਹ ਨਿਸ਼ਚਤ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂਚ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਯੋਗ ਹੋ, ਅਤੇ ਇਹ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੁੱਛਣਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਹਾਲੇ ਵੀ ਯੋਗ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਬਾਹਰ ਆ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਨਾਂਹ, ਆਪਣੇ ਆਪ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਪਡੇਟ ਅਗਲੇ: 5 ਸਾਲ 4 ਸਾਲ 3 ਸਾਲ 2 ਸਾਲ 1 ਸਾਲ

ਮੇਰਾ ਟੈਕਸ ਡਾਟਾ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਦੁਬਾਰਾ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਕਾਬਲੀਅਤ ਵਾਸਤੇ ਨਹੀਂ ਵਰਤਿਆ ਜਾਵੇ (ਇਹ ਚੁਣਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਚਾਲੂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲਨ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਤੇ ਅਸਰ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ)

2. ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੈਲਥ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜੋ ਅੰਦਰ ਹੈ (ਹਿਰਾਸਤ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਜੇਲ ਵਿੱਚ)?..... 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.

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਆਵੇਦਨ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਹੋਰ ਯੋਗ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੈਡੀਕੇਅਰ, ਮੈਡੀਕੈਡ, ਜਾਂ CHIP) ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਕਰ ਦੇਵੇਗਾ। ਇਹ, ਇਹ ਸੁਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਵਰੇਜ ਮਿਲੀ ਹੈ ਉਹ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਨਹੀਂ ਰਵੇਗਾ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਕੀਮਤ ਚੁਕਾਉਣੀ ਪਵੇਗੀ।

- ਮੈਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਨੂੰ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਆਵੇਦਨ 'ਤੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਦੇ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।
- ਮੈਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਨੂੰ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ / ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਆਵੇਦਨ 'ਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਹੁਣ ਵਿੱਤੀ ਮਦਦ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੇ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਪੂਰੀ ਕੀਮਤ ਚੁਕਾਉਣੀ ਪਵੇਗੀ।

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 ਹਾਂ.
- 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 ਜਾਵੇਗਾ 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 ਉੱਤੇ ਆਪਣੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਸਚੇ ਦਿੱਤੇ ਹਨ. ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਸਰਕਾਰੀ ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਥਲੇ ਜ਼ਰਮਾਨਾ ਲਗ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਮੈ ਜਾਨਬੁਝ ਕੇ ਗਲਤ ਤੇ ਝੂਠੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਦੇਵਾਂ.
- ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਜੇ ਕੋਈ ਵੀ ਬਦਲੀ (ਜਾਂ ਕੁਝ ਵਧਾਵਾ) ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੈਲਥ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਮਾਰਕੀਟ ਪਲੇਸ ਨੂੰ ਦਸਨਾ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਮੈ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਭਰਿਆ ਹੈ. ਮੈ HealthCare.gov ਜਾਂ 1-800-318-2596 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਬਦਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦਸ ਸਕਦਾ ਹਾਂ. ਮੈ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਜਾਨਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਮੇਰੇ ਹੁਕ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਹੁਕ ਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ
- ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਫੈਡਰਲ ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਥਲੇ, ਜਾਤਪਾਤ, ਰੰਗ, ਨਾਗਰਕਤਾ, ਲਿੰਗ ਪਹਿਚਾਨ, ਉਮਰ, ਜਿਨਸੀ ਰੁਝਾਨ ਜਾਂ ਅਪੰਗਤਾ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਭੇਦਭਾਵ ਦੀ ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਹੈ.ਮੈ ਭੇਦਭਾਵ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਇਥੇ ਜਾ ਕੇ HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint.
- ਮੈ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਰਫ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ, ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ (ਬੇਨਤੀ ਆਧਾਰ) ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਵਾਸਤੇ ਹੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ, ਤੇ ਕਨੂੰਨੀ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਦਾ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੇ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ.

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਵੇਦਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇੰਟਰਨਲ ਰੈਵਿਨਿਊ ਸਰਵਿਸ (IRS), ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ, ਹੋਮਲੈਂਡ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ, ਅਤੇ / ਜਾਂ ਉਪਭੋਗਤਾ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਏਜੰਸੀ ਤੋਂ ਡੇਟਾਬੇਸ ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਡੇਟਾਬੇਸ ਵਿਚਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਾਂਗੇ। ਜੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੀ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਣ ਭੇਜਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਗਲਤ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਭੇਦ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਾਕ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਯੋਗਤਾ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਮੰਨਦੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਕਿਸ ਦੇ ਕਾਬਲ ਹੋ, ਬਹੁਤ ਵਾਰੀ ਹੁੰਦਾ, ਤੁਸੀਂ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ, ਜੋ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਦੇ ਲਈ ਅਪੀਲ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਖੋਜਣ ਲਈ ਆਪਣੇ ਪਾਤਰਤਾ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨੇ ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਅਪੀਲ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨੀ ਹੈ। 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 ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਵੋ.
- ਅਪੀਲ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਦੂਜੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਕਾਬਲੀਅਤ ਨੂੰ ਵੀ ਬਦਲ ਸਕਦਾ ਹੈ.

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਦੀ ਕਾਬਲੀਅਤ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਾਰੇ ਅਪੀਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ 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 ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ, ਹੈਲਥ ਅਤੇ ਹਯੂਮਨ ਸਰਵਿਸ ਕੋਲੋਂ Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001 ਅਪੀਲ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ. ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ 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 ਅਪੇਡਿਕਸ ਸੀ ਤੇ ਦਸਖਤ ਕਰਦਾ ਹੈ.

<p>ਦਸਖਤ</p> <p>_____</p>	<p>ਦਸਖਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)</p> <p>____/____/____</p>
--------------------------	---

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਐਪੀਲੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਓਪਨ ਐਨਰਲੈੱਟ (1 ਨਵੰਬਰ ਤੋਂ 15 ਨਵੰਬਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ) ਦੇ ਅਰਸੇ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਸਖਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਤਾਂ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅੰਤਿਕ D ("ਜੀਵਨ ਬਦਲਾਵ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ") ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ।

? 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.



ਸਟੈਪ 6: ਭਰੀ ਹੋਈ ਅਰਜ਼ੀ ਮੇਲ ਕਰੋ



ਤੁਹਾਡੀ ਦਸਖਤ ਵਾਲੀ ਅਰਜ਼ੀ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਇਥੇ ਭੇਜੋ:

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



ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟ ਵਾਸਤੇ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨਾ ਚਹੁੰਦੇ, ਤਾਂ ਇਥੇ ਜਾ ਕੇ **Vote.gov** ਦੀ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਭਰੋ।

ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਇਲਾਵਾ ਦੂਜੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ Marketplace ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਪੁਛਣਾ ਚਾਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ 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 ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹੀ ਸੁਨੇਹਾ ਇਹਨਾਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿਚ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ:

Español (Spanish)

Si usted o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, tiene derecho a obtener ayuda e información gratis en su idioma. Para hablar con un intérprete, 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)

Nếu quý vị, hoặc ai đó đang được quý vị giúp đỡ, có câu hỏi về Health Insurance Marketplace®, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên 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.

PRA ਡਿਸਕਲੋਜ਼ਰ 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. ਜੇ ਟਾਈਮ ਇਸ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਲਈ ਐਸਤਨ 45 ਮਿੰਟ ਹਨ ਹਰ ਜਵਾਬ ਲਈ। ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਖਨੀਆਂ, ਮੌਜੂਦਾ ਡੈਟਾ ਦੇ ਸਾਧਨ ਦੀ ਖੋਜ, ਜੋ ਡੈਟਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨਾ ਤੇ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੀਤੀ 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.

ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਵੈਲਥ 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 ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦੱਸੋ। 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**.

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

Polski (Polish)

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

Русский (Russian)

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

Français (French)

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

Deutsch (German)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના ਮੂਲ੍ਹੇ ਤਮਾਰੀ ਭਾਸ਼ਾਮਾਂ ਮਦਦ ਅਨੇ ਮਾਹਿਤੀ ਮੇਲਵਾਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਏ। ਆਰੋਗਯ ਵੀਮਾ ਵਧਾਪਾਰਕਯਰ ਵਿਸ਼ੇ ਦੁਆਰਿਯਾ ਸਾਥੇ ਗੁਜਰਾਤੀਮਾਂ ਵਾਤਚੀਤ ਕਰਵਾ, ਡੌਲ ਕਰੋ 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。

PRA ਡਿਸਕਲੋਜ਼ਰ 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. ਜੇ ਟਾਈਮ ਇਸ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਲਈ ਔਸਤਨ 45 ਮਿੰਟ ਹਨ ਹਰ ਜਵਾਬ ਲਈ। ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੇਖਨੀਆਂ, ਮੌਜੂਦਾ ਡੈਟਾ ਦੇ ਸਾਧਨ ਦੀ ਖੋਜ, ਜੋ ਡੈਟਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨਾ ਤੇ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਉਸ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਤੇ ਦੇਖਣਾ, ਵਾਲੇ ਟਾਈਮ ਸਮੇਤ. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਟਾਈਮ ਦੇ ਅਨੁਮਾਨ ਦੀ ਸ਼ੁਧਤਾ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਟਿਪਣੀ ਜਾਂ ਸੁਝਾਅ ਦੇਣਾ ਚਹੁਦੇ 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.

? ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? ਵੈਲਥ ਕੇਅਰ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), ਜਾਉ ਜਾਂ ਸਾਂਝ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-318-2596. ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦੱਸੋ. 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.



ਅਪੈਡਿਕਸ A: ਕੰਮ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ

ਤੁਸੀਂ ਇੰਨਾ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦਿਉ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿਚ ਕੋਈ ਕੰਮ ਤੋਂ ਹੈਲਥ ਕਵਰਜ ਦੇ ਕਾਬਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਉਹਨਾਂ ਨੇ ਕਵਰਜ ਨਹੀਂ ਵੀ ਲਈ ਹੋਈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੁਆਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੀ ਵੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਵਰੇਜ ਕੇਵਲ COBRA ਹੈ। ਨਾਲ ਇਕ ਪੇਪਰ ਟੈਗ ਹਰ ਉਸ ਨੌਕਰੀ ਬਾਰੇ ਜੋ ਕਵਰਜ ਦੇਣਾ ਚਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਸਾਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਜੋਬਾਂ ਬਾਰੇ ਦਸੋ ਜੋ ਕਵਰਜ ਦੇਣੇ ਹਨ

ਇਸ ਪੇਜ ਦੀ ਕਾਪੀ ਬਣਾ ਕੇ ਆਪਣੇ ਮਾਲਕ ਕੋਲ ਲੈ ਜਾਉ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਵਰਜ 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 ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਰਜ ਕਰੋ ਜੋ ਕਰਮਚਾਰੀ ਬੈਨਿਫਿਟਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ:

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

13. ਕੀ ਇਸ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ? ਕੇਵਲ 'ਹਾਂ' ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ, ਜੇਕਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਤੱਕ, ਜਾਂ 1 ਜਨਵਰੀ ਤੱਕ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਹੋਵੇਗੀ ਜੇਕਰ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਇੰਦਰਾਜ ਦੌਰਾਨ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ (1 ਨਵੰਬਰ - 15 ਜਨਵਰੀ)।

ਹਾਂ (ਚਾਲੂ ਰੱਖੋ) ਨਹੀਂ (ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ: ਹੁਕਮ ਅਤੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰੋ।
ਕਰਮਚਾਰੀ: Marketplace ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਤੋਂ ਵਾਪਸ ਜਾਉ।)

ਕੀ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਕਸਿੰ ਅਜਿਹੀ ਸਹਿਤ ਪਲਾਨ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਉਸਦੇ ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਜਾਂ ਆਸ਼ਰਤ ਵਿਅਕਤੀ(ਆ) ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ?

ਹਾਂ। ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਸਿੰ ਨੂੰ? ਪਤੀ/ਪਤਨੀ ਆਸ਼ਰਤ ਵਿਅਕਤੀ ਨਹੀਂ (ਪ੍ਰਸ਼ਨ 14 ਤੋਂ ਜਾਉ।)

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

ਨਾਂ

ਨਾਂ

ਨਾਂ

ਅਗਲੇ ਸਫੇ 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 ਤੋਂ ਜਾਉ।)
- ਨਹੀਂ (ਕੁਝ 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 ਕੀਨਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ? ਪਰਿਵਾਰਕ ਪਲਾਨਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ।

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

16. ਜੇ ਸਵਾਲ 13 ਲਈ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹੋਰ ਮੈਂਬਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਨ: ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਉਸ ਪਲਾਨ ਲਈ ਕਰਮਚਾਰੀ ਕੀਨਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ ਜੋ ਕਰਮਚਾਰੀ ਅਤੇ ਸਵਾਲ 13 ਵਿਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਰਜ ਕਰੋ ਜੋ ਕਰਮਚਾਰੀ ਅਦਾ ਕਰੇਗਾ, ਜੇਕਰ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਕਸਿੰ ਤੰਬਾਕੂ ਛੱਡਣ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਛੋਟ ਮਲਿਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਛੋਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ 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

ਨੋਟ: ਜੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਬਦਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵਾਪਸ ਜਾਓ ਅਤੇ ਆਪਣਾ ਆਵੇਦਨ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ।

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



ਭਾਗ B



ਭਾਗ C: ਇਸ ਆਵੇਦਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੋ

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

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

1. ਅਰਜੀ 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 ਅਰਜੀ ਬਾਰੇ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਗਲਬਾਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖੇ ਤੇ ਉਸ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਉਹਨਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਤੇ ਜੋ ਅਰਜੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹਨ ਕੰਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣੀ ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਗਹ ਤੇ ਅਰਜੀ 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 ਅਰਜੀ ਤੇ, ਅਰਜੀ ਦੇ ਨਾਲ ਸਬੂਤ ਵੀ ਭੇਜੋ।

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

--

2. ਪਤਾ

--

3. ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ 2

--

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

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

--

11. ਦਸਖਤ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy)

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





ਭਾਗ D: ਸਵਾਲ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਬਦਲਾਵ ਬਾਰੇ

(ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੇਜ ਦੇ ਨਾਲ ਨਾਲ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕਰੋ, ਸਿਰਫ ਇਹ ਪੇਜ ਇਕੱਲਾ ਜਮਾ ਨਹੀਂ ਕਰਾਉਂਦੇ।)

ਜੇਕਰ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਿਸੇ ਨੇ ਵੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੌਰਾਨ (ਜਾਂ ਆਉਣ ਵਾਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਦੌਰਾਨ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ) ਕੁੱਝ ਜੀਵਨ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਗੁਆਉਣ, ਵਿਆਹ ਕਰਵਾਉਣ ਜਾਂ ਸੰਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦਾ ਅਨੁਭਵ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਇਸ ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਦਸਤਕ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਜੋੜੋ। ਜਿੰਦਗੀ ਦੇ ਕੁਝ ਬਦਲਾਵ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਇਹ ਵੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੁਆਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਇੰਦਰਾਜ ਦੇ ਬਾਹਰ ਅਰਜ਼ੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ (1 ਨਵੰਬਰ - 15 ਜਨਵਰੀ)।

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) ਵਿੱਚ ਸਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਕਤ ਦਾਖਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਨਹੀਂ ਆਏ। ਸਰਕਾਰੀ ਪਹਿਚਾਨ ਮਿਲੀ ਕਬੀਲਾ ਤੋਂ 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 ਵਿੱਚ ਕੀ ਕਸਿ ਨੇ ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਗੁਆਇਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਅਗਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਗੁਆਉਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੈ?

ਸਾਰੇ ਨਾਮ	ਤਾਰੀਖ ਜਦੋਂ ਕਵਰੇਜ ਖਤਮ ਹੋਈ ਜਾਂ ਹੋਣਗੀ (mm/dd/yyyy)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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

ਜੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਾਮ ਇੱਥੇ ਦਰਜ ਕਰੋ:

3. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਜੋਲ੍ਹ ਜਾਂ ਹਰਿਸਤ ਵਿੱਚੋਂ ਛੁੱਟ ਕੇ ਆਇਆ ਹੈ?

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

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

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

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

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

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

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

7. ਕੀ ਪਿਛਲੇ 60 ਦਿਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਚਲਾ ਗਿਆ ਹੈ?

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

a. ਤੁਹਾਡੇ ਪਿਛਲੇ ਪਤੇ ਦਾ ZIP ਕੋਡ ਕੀ ਹੈ? ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਾਹਰਲੇ ਮੁਲਕ ਜਾਂ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਦੇ ਖੇਤਰ ਤੋਂ ਚਲੇ ਗਏ ਹੋ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਭਰੋ।

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

ਜੇ ਹਾਂ, ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨਾਂ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੋ:

ਸਾਰੇ ਨਾਮ
<input type="text"/>