



# 醫療保險及幫助支付費用申請表

Form Approved  
OMB No. 0938-1213

➔ 在 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 線上申請會更快。



## 使用本申請表查看 您有資格申請的保 險

- 負擔得起的私人醫療保險計劃，提供全面的承保範圍，以幫助您保持健康。
- 新的稅收抵免可立即幫助您支付醫療保險的保費。
- 來自州醫療補助或兒童醫療保險計劃 (CHIP) 的免費或低價的保險。  
您可能符合免費或低價計劃的資格，即使您 (一家4口) 的年收入達到 \$98,400。



## 誰可以使用本申 請表？

- 使用本申請表為您的任何一位家人申請。
- 提出申請，即使您或您的孩子已有醫療保險。您可能符合低價或免費保險的資格。
- 如果您是單身，您可以使用簡短的表格。請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 網站。
- 包括移民的家庭也可以申請。您可以為您的孩子申請，即使您不符合申請保險的資格。提出申請不會影響您的移民身份，或成為永久居民或公民的機會。
- 如果有人幫您填寫本申請表，您可能需要填寫附錄 C。



## 申請時可能需要的 資料

- 社會安全號碼 (或需要保險的合法移民的任何文件號碼)。
- 您所有家人的雇主和收入訊息 (例如，工資存根，W-2 表，或工資及繳稅報表)。
- 任何現有醫療保險的保單號碼。
- 關於任何提供給您家人與工作相關的醫療保險的訊息。



## 我們為什麼要詢問 這些訊息

我們詢問關於收入及其他的訊息是為了讓您知道您有資格獲得什麼樣的保險，以及您是否能夠獲得任何幫助來支付保費。我們會按照法律的要求保護您所提供所有訊息的隱私和安全。想要查看隱私權法案聲明，請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的網站，或參見說明。



## 接下來會發生什 麼？

將您填妥並簽字的申請表寄送到第 7 頁所列出的地址。如果您沒有我們所要求的所有資料，無論如何，仍然簽字並遞交您的申請表。我們會在1至2週之內與您聯絡，同時，如果我們需要更多資料的話，您可能會接到Marketplace的來電。在處理您的申請表之後，您會收到一封資格認定的信件。如果您沒有收到我們的音訊，請聯繫Marketplace電話服務中心。填寫本申請表並不表示您必須購買醫療保險。



## 獲得本申請表協助 的方式

- 線上：[HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)。
- 電話：撥打1-800-318-2596給Marketplace電話服務中心。聽障人士 (TTY) 應致電 1-855-889-4325。
- 當面：您所在的地區可能有輔導員可為您提供幫助。請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的網站，或請撥打 1-800-318-2596 給Marketplace電話服務中心，以獲知更多的訊息。
- 其他語言：如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打 1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。

您有權以替代的格式得到本產品中的訊息。您也有權利提出申訴，如果您覺得遭受到歧視。請造訪 [www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html) 的網頁，或請撥打 1-800-318-2596 給Marketplace電話服務中心，以獲知更多的訊息。聽障人士 (TTY) 應致電 1-855-889-4325。

# 請勿填寫。這不是一份申請表。



請只用黑色或深藍色墨水以大寫字母正楷填寫  
請填滿圓圈 (○) 如此所示 → ●.

## 步驟 1：告訴我們關於您自己。

我們需要您家中的一名成年人作為您申請的聯絡人。)

1. 名字				中間名		姓氏		後綴名	
2. 家庭地址 (如果您沒有，請留空白。)								3. 公寓或套房號碼	
4. 城市				5. 州		6. 郵遞區號		7. 郡、教區或鄉鎮	
8. 郵寄地址 (如果與家庭住址不同的話)								9. 公寓或套房號碼	
10. 城市				11. 州		12. 郵遞區號		13. 郡、教區或鄉鎮	
14. 白天電話號碼 ( ) -				15. 晚間電話號碼 ( ) -					
16. 您希望透過電子郵件獲得與此項申請相關的訊息嗎? ..... ○ 是 ○ 否									
電子郵件地址: _____									
17. 您比較喜歡說什麼語言? 您比較喜歡用什麼語言書寫?									

## 步驟 2：告訴我們關於您的家庭。

### 您需要在本申請表中包括何人?

為您家中和住在您家裡的每個人完成第 2 步驟，即使此人已有醫療保險。本申請表中的訊息幫助我們確保每個人都能獲得最好的保險。您有資格獲得的補助金額或計劃類型取決於您家庭的人數以及他們的收入。如果您不包括某些人，即使他們已有醫療保險，您的資格結果可能會受到影響。

#### 需要保險的成年人：

包括這些人，即使他們自己不申請醫療保險：

- 任何配偶
- 任何與他們住在一起不滿 21 歲的子女，包括繼子女
- 在同一份聯邦所得稅報稅表上的任何其他人士 (包括任何年滿 21 歲在父母的報稅表上申報為受撫養人的孩子)。您不需要報稅以獲得醫療保險。

#### 不滿 21 歲需要保險的孩子：

包括這些人，即使他們自己不申請醫療保險：

- 任何與他們住在一起的父母 (或繼父母)
- 任何與他們住在一起的兄弟姐妹
- 任何與他們住在一起的子女，包括繼子女
- 在同一份聯邦所得稅報稅表上的任何其他人士。您不需要報稅以獲得醫療保險。

### 為您的每位家人完成步驟 2。

從您自己先開始，然後再加上其他成年人和孩子。如果您的家人多於 2 人以上，您需要複印本頁並將其隨附在申請表中。

您不必為不需要醫療保險的家庭成員提供移民身份或社會安全號碼 (SSN)。我們會按照法律的要求保護您所提供所有訊息的隱私和安全。我們僅將您個人的資料用於查驗您是否符合醫療保險的資格。

**?** 需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) 的網站，或致電 1-800-318-2596 給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打 1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 (TTY) 應致電 1-855-889-4325。





## 步驟 2：第 1 (繼續填寫您自己的資料。)

### 目前的工作與收入訊息

- 有工作**：如果您目前有工作，請告訴我們您的收入。從問題21開始。  
 **沒有工作**：跳到問題31。  
 **自雇**：跳到問題30。

### 目前的工作1：

21. 雇主名稱

a. 雇主地址

b. 城市

c. 州

d. 郵遞區號

22. 雇主電話號碼

23. 工資 / 小費 (稅前)

- 每小時  
 每週  
 每2週  
 每月兩次  
 每月  
 每年

24. 每週平均工作時間

### 目前的工作2：(如果您另外還有更多的工作並需要更多的空間，請隨附另一張紙。)

25. 雇主名稱

a. 雇主地址

b. 城市

c. 州

d. 郵遞區號

26. 雇主電話號碼

27. 工資 / 小費 (稅前)

- 每小時  
 每週  
 每2週  
 每月兩次  
 每月  
 每年

28. 每週平均工作時間

29. 在過去的一年，您是否曾： 更換工作  停止工作  開始減少工作時數  以上皆非

30. 如果是自雇，請回答a和b：

a. 工作類型：

b. 本月您將從此自雇職業中獲得的淨收入 (支付業務開銷後的利潤) 是多少？參閱說明。

\$

31. 本月份您其他的收入：填寫所有適用的項目，並給出金額和報酬的頻率。若無則填滿此處。 注意：您不必填寫子女撫養費、退伍軍人款項或社會安全補助金 (SSI)。

失業金 \$ 多久一次？

收到的贍養費 \$ 多久一次？

退休金 \$ 多久一次？

農業 / 漁業淨收入 \$ 多久一次？

社會安全保險金 \$ 多久一次？

租金 / 版權費淨收入 \$ 多久一次？

退休金帳戶 \$ 多久一次？

其他收入  
類型： \$ 多久一次？

32. 減免：填寫所有適用的項目，並給出金額和您支付的頻率。如果您支付某些可以從聯邦所得稅報稅表中減免的款項，告訴我們可能會使醫療保險的費用更低一些。注意：您不應包括您所支付的子女撫養費，或在自雇淨收入 (問題 30b) 中已經填寫的費用。

支付贍養費 \$ 多久一次？

其他減免  
類型： \$ 多久一次？

學生貸款利息 \$ 多久一次？

33. 如果您的收入在一年之中有所變化，請回答這個問題，比如您在一年之中只工作了一部分的時間或只在某些月份收到報酬。如果您估計每個月的收入不會有變化，轉跳到下一個人。

您今年的總收入

\$

您明年的總收入 (如果您認為會不一樣)

\$

謝謝！這就是我們所需要知道關於您的一切。

**需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) 的網站，或致電1-800-318-2596給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 (TTY) 應致電 1-855-889-4325。**

# 請勿填寫。這不是一份申請表。

注意：如果此人不需要醫療保險，只需回答本頁上1至10的問題。如果您家裡有2個人以上，請複印第4和第5頁。



## 步驟 2：第 2 人

為您的配偶 / 伴侶和與您一起生活的孩子們，和 / 或您所申報的聯邦所得稅報稅表中的任何人填寫本頁。如果您不報稅，請記得仍要加上與您一起生活的家庭成員。請參閱第1頁，關於應包括何人的更多訊息。

1. 名 中間名 姓氏 後綴名

2. 與第1人的關係？參閱說明。 3. 第2人是否已婚？ 4. 出生日期 ( 月/月/日日/年年年年) 5. 性別

6. 社會安全號碼 ( SSN) 如果您想要為第2人申請醫療保險，同時，第2人有社會安全號碼，我們需要這些資料。

7. 第2人是否與第1人住在相同的地址？ 如果否，請列出地址：

8. 第2人是否計劃明年申報聯邦所得稅報稅表？ ( 即使第2人不申報聯邦所得稅報稅表，您仍可以申請醫療保險。 ) a. 第2人是否將與配偶一起報稅？ b. 第2人是否會在他或她的報稅表上申報任何受撫養人？ c. 第2人是否會在他人的報稅表上被申報為受撫養人？

9. 第2人是否懷孕了？ a. 如果是，此次懷孕預計會有幾個寶寶？

10. 第2人是否需要醫療保險？ ( 即使第2人已有保險，可能還會有更好或更低價的保險計劃。 )

11. 第2人是否有身理、心理或情緒上的健康情況，導致活動受到限制 ( 如洗澡、穿衣、料理日常家務等 ) 或住在醫療機構或療養院內？

12. 第2人是美國公民或美國國民嗎？

13. 第2人是歸化或衍生的公民嗎？ ( 這通常意味著他們在美國境外出生。 )

a. 外籍人士號碼 b. 證書號碼 答完a和b之後，請跳到問題15。

14. 如果第2人不是美國公民或美國國民，他們是否有合格的移民身份嗎？ 移民文件類型： 狀態類型 ( 可選項 )： 填寫第2人在移民文件上的姓名。

外籍人士或I-94號碼 卡號或護照號碼

SEVIS ID 或到期日期 ( 可選項 ) 其他 ( 類別代碼或簽發國家 )

a. 第2人是否自1996年起已在美國居住？ b. 第2人或第2人的配偶或父母是美國的退伍軍人或現役軍人嗎？

15. 第2人是否希望幫助支付過去3個月的醫療賬單？

16. 第2人是否與至少一個19歲以下的孩子一起生活，並且第2人是這個孩子的主要照顧人？ ( 選擇“是”，如果第2人或其配偶照顧這個孩子。 )

17. 告訴我們任何19歲以下在第2人家裡與第2人一起生活的孩子的姓名及與第2人的關係。 ( 這些孩子可與第2頁上所列出的相同。 )

18. 第2人在年齡18歲或以上時是否被寄養？ 如果第2人年齡為22歲或更小，請回答這些問題：

19. 在過去的3個月之內，第2人是否曾透過工作有過保險而又失去了保險？ a. 如果是，結束日期： b. 保險結束的理由：

20. 第2人是否為全職的學生？

可選項： ( 填寫所有適用的問題。 ) 21. 種族：○白人 ○黑人或非裔美國人 ○美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ○菲律賓人 ○日本人 ○韓國人 ○亞洲印度人 ○中國人 ○越南人 ○其他亞洲人 ○夏威夷原住民 ○關島人或查莫羅人 ○薩摩亞人 ○其他太平洋島民 ○其他

需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 HealthCare.gov 的網站，或致電1-800-318-2596給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 ( TTY ) 應致電 1-855-889-4325。





### 步驟 3：美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成員

1. 您或您家庭的任何成員是美洲印第安人或阿拉斯加原住民嗎？

- 否。如果否，請繼續到步驟4。
- 是。如果是，請繼續到步驟4，然後填妥附錄B，並與申請表一起遞交。

### 步驟 4：您家人的醫療保險

1. 對於每一年您所獲得的保費稅收抵免，您的家庭是否申報稅表，並調和您已使用的任何保費稅收抵免？

- 是，保費稅收抵免已調和過了。只有在以下所有適用於您的情況下，才填滿此圓圈：
  - 您在過去的一年或數年曾使用保費稅收抵免的預付款 ( APTC )，以幫您降低Marketplace保險的費用。
  - 為您家庭報稅者這些年間的每一年都有申報聯邦所得稅的報稅表。
  - 報稅者已遞交IRS 8962表 ([healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/](https://healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/)) 連同報稅表。

2. 在本申請表中的任何人是否在過去90天內被發現不具備州醫療補助 ( Medicaid ) 或兒童醫療保險計劃 ( CHIP ) 的資格？ ( 只有當某人被您的州，而不是由Marketplace發現不符合此保險的資格時，才選擇“是” )。..... 是  否

那一位？  日期：

或者，在本申請表中是否有任何人在過去4年之間由於移民的身份被發現不符合州醫療補助或CHIP的資格？..... 是  否

那一位？

在本申請表中的任何人是否曾在 Marketplace 開放申請期間申請過保險？..... 是  否

那一位？

3. 在本申請表中所列出的任何人是否有工作所提供的醫療康保險？即使保險來自其他人的工作，如父母或配偶，即使他們沒有接受該保險，請勾選“是”。

- 是。繼續然後填妥附錄A。這是州政府僱員福利計劃嗎？..... 是  否
- 否。

4. 是否有任何人現在已經參加醫療保險？

- 是。如果是，繼續填寫問題6。
- 否。如果否，請跳到步驟5。

5. 關於現有醫療保險的訊息。( 如果超過2個人現在已有醫療保險，請複印本頁。 )

請填寫保險的類型，如雇主保險、統一綜合預算協調法案 ( COBRA )、州醫療補助、兒童醫療保險計劃(CHIP)、Medicare、TRICARE、退伍軍人醫療保險計劃、和平隊、或其他。( 如果您有 Direct Care 或 Line of Duty，則不必告知我們關於 TRICARE。 )

第 1 人：	參加醫療保險人士的姓名		<input type="text"/>
	保險類型： <input type="radio"/> 雇主保險 <input type="radio"/> 統一綜合預算協調法案 (COBRA) <input type="radio"/> 州醫療補助 <input type="radio"/> 兒童醫療保險計劃 (CHIP) <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> 退伍軍人醫療保險計劃 <input type="radio"/> 和平隊 <input type="radio"/> 其他		
	如果是雇主保險：( 您還需要填妥附錄A。 )		
	醫療保險公司的名稱	保單 / ID號碼	
第 2 人：	如果是其他種類的保險： <input type="radio"/> 如果這是 Marketplace 的醫療保險，請填寫。		
	醫療保險公司的名稱	保單 / ID號碼	
	這是一個有限福利的計劃，如學校意外事故保單嗎？..... <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		

第 2 人：	參加醫療保險人士的姓名		<input type="text"/>
	保險類型： <input type="radio"/> 雇主保險 <input type="radio"/> 統一綜合預算協調法案 (COBRA) <input type="radio"/> 州醫療補助 <input type="radio"/> 兒童醫療保險計劃 (CHIP) <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> 退伍軍人醫療保險計劃 <input type="radio"/> 和平隊 <input type="radio"/> 其他		
	如果是雇主保險：( 您還需要填妥附錄A。 )		
	醫療保險公司的名稱	保單 / ID號碼	
第 3 人：	如果是其他種類的保險： <input type="radio"/> 如果這是 Marketplace 的醫療保險，請填寫。		
	醫療保險公司的名稱	保單 / ID號碼	
	這是一個有限福利的計劃，如學校意外事故保單嗎？..... <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		

**需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 [HealthCare.gov](https://HealthCare.gov) 的網站，或致電1-800-318-2596給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 ( TTY ) 應致電 1-855-889-4325。**



## 步驟 5：您的同意和簽字

1. 您是否同意讓 Marketplace 使用您的收入資料，包括未來 5 年報稅表的訊息？.....  是  否

為了更容易地確定您在未來幾年能夠獲得幫助支付醫療保險的資格，您可以同意讓 Marketplace 使用更新的收入資料，包括報稅表的訊息。Marketplace 將發出通知，讓您做出任何更改。Marketplace 將進行查驗，以確保您仍符合資格，並可能要求您證明您的收入仍符合資格。您可以隨時選擇退出。

如果否，在以下年數內自動更新本人的資料：

- 4 年       2 年       請不要使用本人的稅務資料來更新本人獲得幫助支付醫療保險的資格（選擇此選項可能會影響您在續保時獲得幫助支付醫療保險的能力。）
- 3 年       1 年

2. 在本申請表中申請醫療保險的人士當中，是否有任何人被監禁（拘留或入獄）？.....  是  否

如果是，請告訴我們此人的姓名。被監禁人士的姓名是：

如果此人正面臨指控的判決，請填滿此處。

### 如果本申請表中有人符合州醫療補助的資格：

- 本人授權州醫療補助機構從其他醫療保險、法定和解或其他第三方追討和獲得金錢。本人同時授權州醫療補助機構從配偶或父母追討和獲得醫療支助。
- 在本申請表中是否有任何孩子的父母一方不和孩子生活在一起？.....  是  否
- 如果是，本人知道本人將會被要求與此機構合作，向不和孩子一起生活的父母一方收取醫療支助。如果本人認為合作收取醫療支助會傷害本人或本人的孩子，本人可以通知州醫療補助並且可以不必合作。
- 本人根據偽證處罰的規定簽署本申請表，這意味著本人據本人所知如實地回答了本表格中的所有問題。本人知道，如果本人故意提供虛假或不實的資料，本人可能會因觸犯聯邦法律而受到處罰。
- 本人知道，如果本人在本申請表中所填寫的資料發生了任何變化（或有任何的不同），本人必須在 30 天之內通知醫療保險 Marketplace。本人可以造訪 [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov)。本人可以造訪 HealthCare.gov 的網站，或致電 1-800-318-2596 報告任何變化。本人理解，本人資料的變化可能會影響本人和本人家庭成員的資格。
- 本人知道，根據聯邦法律，不得基於種族、膚色、國籍、性別、年齡、性別取向、性別認同或殘疾進行歧視。本人可以造訪 [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) 的網頁，以遞交歧視申訴。
- 本人知道，本申請表中的訊息將僅用於確定醫療保險的資格、支付保險費用的幫助（如有請求）和 Marketplace 及幫助支付保險費用計劃的合法目的。如果您選擇申請，我們需要此訊息來驗證您是否符合幫助支付醫療保險的資格。我們將使用我們的電子資料庫和國稅局（IRS）、社會安全局、聯邦國土安全部和 / 或消費者報告機構的資料庫來驗證您的回答。如果資料不相符，我們可能會要求您向我們提供證明。

### 如果我認為我的資格審核結果有錯，該怎麼辦？

- 如果您不同意您資格審核的結果，在很多情況下，您可以要求上訴。請查閱您的資格通知書，查找您家中每位申請保險的個人的具體上訴說明，包括有多少天的時間您必須提出上訴。下面是請求上訴時所需要考慮的重要資料：
- 如果您願意，您可以委託他人要求上訴或參與您的上訴。此人可以是朋友、親戚、律師或其他個人。或者，您可以自己要求並參與您的上訴。
- 如果您要求上訴，在上訴待決期間，您可能可以保留保險的資格。
- 上訴的結果可能會改變您家中其他成員的資格。

想要上訴您 Marketplace 資格審核的結果，請造訪 [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](http://HealthCare.gov/marketplace-appeals/)。或撥打 1-800-318-2596 給 Marketplace 電話服務中心。聽障人士 (TTY) 應致電 1-855-889-4325。您也可郵寄上訴要求表或您自己的上訴要求函至：Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001。您可以上訴透過 Marketplace 購買醫療保險的資格、投保參加期、稅收抵免、減少費用分攤、州醫療補助以及兒童醫療保險計劃 (CHIP)。如果您遭到這些項目計劃的拒絕。如果您有資格獲得稅收抵免或減少費用分攤，您可以上訴我們確定您有資格獲得的金額。根據您所在的州，您可能可以透過 Marketplace 請求上訴，或者您必須向所在州的州醫療補助或兒童醫療保險計劃機構請求上訴。

第 1 人應簽署本申請表。如果您是經授權的代表，可以在此簽字，只要第 1 人已簽署了附錄 C。

簽字

簽字日期 ( 月/月/日/日/年/年/年/年 )

如果您在投保參加期 ( 11月1日至12月15日 ) 之外簽署本申請表，請一定要查閱附錄 D ( “有關生活變化的問題” )。

## 步驟 6：郵寄填妥的申請表



請將您簽署的申請表郵寄到：

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



如果您希望登記投票，可在 [www.eac.gov](http://www.eac.gov) 的網站，填寫選民登記表。

**?** 需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) 的網站，或致電 1-800-318-2596 給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打 1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 (TTY) 應致電 1-855-889-4325。

請勿填寫。這不是一份申請表。

## 獲得除英語以外的語言幫助

如果您，或您正在幫助的人，有關於醫療保險 Marketplace 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。想要跟一位翻譯員通話，請致電1-800-318-2596。

在此為可選用的語言列表，以及以這些語言所提供的相同的訊息：

### 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.

 需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的網站，或致電1-800-318-2596給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 (TTY) 應致電 1-855-889-4325。

請勿填寫。這不是一份申請表。

## 獲得除英語以外的語言幫助 (續)

### 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, કોલ 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。



## 附錄 A

### 工作單位的醫療保險

您不需要回答這些問題，除非家中有人符合工作單位醫療保險的資格，即使他們沒有接受該保險。請為每個提供保險的工作單位附上一份本頁的影本。

告訴我們關於提供保險工作單位的情況。

複印本頁並交給提供保險的雇主來幫您回答這些問題。

### 員工訊息

1. 員工姓名 (名、中間名、姓)	2. 員工的社會安全號碼 (SSN)										
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>				-						
			-								

### 雇主訊息

3. 雇主 / 公司名稱																					
4. 雇主識別號碼 (EIN)	5. 雇主電話號碼																				
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			-								<table border="1"> <tr> <td>( </td><td> </td><td> </td><td>)</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	(			)			-			
		-																			
(			)			-															

現在，請輸入管理員工福利的人員或部門的訊息。如果我們需要更多的訊息，我們可能會與此人聯繫：

6. 關於員工醫療保險，我們可以聯繫的人員或部門														
7. 雇主的地址 (Marketplace 可能會寄通知到該地址)														
8. 城市	9. 州	10. 郵遞區號												
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
11. 電話號碼 (如果與上述不同)	12. 電子郵件地址													
<table border="1"> <tr> <td>( </td><td> </td><td> </td><td>)</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	(			)			-							
(			)			-								

13. 該員工目前是否符合此雇主所提供保險的資格，或在未來3個月會符合資格嗎？														
<input type="radio"/> 是 (繼續) a. 如果該員工今天沒有資格，包括由於等待或試用期的緣故，該員工何時將有資格獲得保險？ (月/日/年年年) <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			/			/					<input type="radio"/> 否 (雇主: 停止並將本表格還給員工。員工: 回到您的 Marketplace 保險的申請表。) b. 該雇主是否提供承保該員工的配偶或受撫養人的醫療計劃？ <input type="radio"/> 是。如果是，那些人？ <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 受撫養人 <input type="radio"/> 否 (請回答問題14。) 請列出其他任何人在員工的家庭有資格參加本工作單位保險的姓名。 姓名 <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> 姓名 <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table> 姓名 <table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>			
		/			/									

繼續到下一頁



請勿填寫。這不是一份申請表。

## 附錄 B

---



Form Approved  
OMB No. 0938-1191

請勿填寫。這不是一份申請表。



Form Approved  
OMB No. 0938-1191

## 附錄 C

### 協助完成此申請表

#### 僅限於認證的協辦輔導員、指導員、代理人和經紀人

如果您是認證的協辦輔導員、指導員、代理人和經紀人為其他人填寫本申請表，請填寫本部份。

1. 申請開始日期 ( 月月/日日/年年年年 ) <input type="text"/>	
2. 名字，中間名，姓氏，以及後綴名 <input type="text"/>	
3. 組織名稱 <input type="text"/>	
4. ID 號碼 (如果適用的話) <input type="text"/>	5. 僅限代理人/經紀人：NPN 號碼 <input type="text"/>

#### 您可以選擇一位授權代表。

您可以授權給一位值得信賴的人與我們討論本申請表、查看您的資料並代表您處理與本申請表相關的事宜，包括獲得關於您申請表的資料和代表您在您的申請表中簽字。此人稱為“授權代表”。如果您需要更換或解除您的授權代表，請與Marketplace聯絡。如果您是本申請表中某人的合法委任代表，請將證明連同本申請表一起遞交。

1. 授權代表姓名 ( 名、中間名、姓 ) <input type="text"/>		
2. 地址 <input type="text"/>	3. 公寓或套房號碼 <input type="text"/>	
4. 城市 <input type="text"/>	5. 州 <input type="text"/>	6. 郵遞區號 <input type="text"/>
7. 電話號碼 ( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>		
8. 組織名稱 <input type="text"/>		
9. ID 號碼 (如果適用的話) <input type="text"/>		

您的簽字意味著您允許此人簽署您的申請表，獲得有關此申請表的官方訊息，並代表您處理與本申請表相關的所有未來事宜。

10. 本申請表中所列第1人簽字 <input type="text"/>	11. 簽字日期 ( 月月/日日/年年年年 ) <input type="text"/>
--	---



**?** 需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的網站，或致電1-800-318-2596給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 ( TTY ) 應致電 1-855-889-4325。



# 附錄 D

## 關於生活變化的問題

( 您必須填寫本頁和本申請表的其他部分。不要只遞交本頁。 )

如果本申請表中有任何人在過去60天內經歷了某些生活變化，請填寫下列問題。某些生活變化允許您透過 Marketplace 所獲得的保險馬上開始生效。如果您在投保參加期結束之後並在來年的投保參加期開始之前申請，我們也建議您回答這些問題。

這些問題是可選的。如果您的生活情況沒有改變，您可以將答案欄保留空白。您可以在一年中的任何時間隨時參加州醫療補助和兒童醫療保險計劃 ( CHIP )，即使您沒有經歷過生活變化。聯邦政府承認的部落和阿拉斯加原住民的成員可以在一年中的任何時間隨時透過 Marketplace 參加保險。

### 告訴我們您家中的變化。

1. 是否有任何人在過去60天內失去了醫療保險的資格，或預計在未來的60天內將失去醫療保險的資格？

姓名	保險結束或將結束的日期 ( 月月/日日/年年年年 )
<input type="checkbox"/> 如果是因為沒有支付保費而失去保險，請勾選此處。	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2. 是否有任何人在過去60天內結婚了？

姓名	日期 ( 月月/日日/年年年年 )
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

a. 這些人當中是否有人在過去60天內的任何時間擁有合格的醫療保險？ .....  是  否

如果是，請在下面填寫他們的名字：

3. 是否有任何人在過去60天內從監禁中 ( 拘留或監獄 ) 被釋放？

姓名	日期 ( 月月/日日/年年年年 )
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

4. 是否有任何人在過去60天內獲得了合格的移民身份？

姓名	日期 ( 月月/日日/年年年年 )
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

5. 是否有任何人在過去60天內被收養，安排領養，或安排寄養？

姓名	日期 ( 月月/日日/年年年年 )
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

6. 是否有任何人在過去60天內由於兒童撫養或其他法院命令而成為受撫養人？

姓名	日期 ( 月月/日日/年年年年 )
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

7. 是否有任何人在過去60天內改變了他們的主要生活地點？

姓名	搬家日期 ( 月月/日日/年年年年 )
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

您以前地址的郵遞區號是什麼？  如果您從外國或美國海外領地搬過來，請填滿此處

a. 這些人當中是否有人在過去60天內的任何時間擁有合格的醫療保險？ .....  是  否

如果是，請在下面填寫他們的名字：

姓名