



Solicitação para cobertura de saúde e ajuda para pagamento de custos

Form Approved
OMB No. 0938-1213

➔ **Faça a solicitação mais rapidamente on-line, em HealthCare.gov**



Use esta solicitação para verificar em qual cobertura você é elegível

- Planos de seguro de saúde privados acessíveis, que oferecem uma cobertura abrangente para auxiliá-lo a se manter saudável.
 - Um novo crédito fiscal que pode ajudá-lo imediatamente a pagar seus prêmios para a cobertura de saúde.
 - Cobertura gratuita ou de baixo custo para o Medicaid ou para o Programa de Seguro Saúde para Crianças (Children's Health Insurance Program, CHIP).
- Você pode ser elegível a um programa gratuito ou de baixo custo, mesmo se você aproximadamente US\$ 98.400,00 por ano (para uma família de 4 pessoas).**



Quem pode usar esta solicitação?

- Use esta solicitação para requerer para alguém em sua família.
- **Solicite mesmo se você ou seus filhos já tiverem uma cobertura de saúde. Você poderia ser elegível para uma cobertura gratuita ou de baixo custo.**
- Se você for solteiro, pode ser possível usar um formulário resumido. Acesse HealthCare.gov.
- Famílias que incluem imigrantes podem fazer a solicitação. Você pode fazer a solicitação para seus filhos, mesmo se não for elegível para a cobertura. A solicitação não afeta o status de sua imigração ou as possibilidades de tornar-se um residente permanente ou cidadão.
- Se alguém estiver ajudando você a preencher esta solicitação, pode ser necessário preencher o Apêndice C.



O que pode ser necessário fornecer

- Número de seguro social (ou números de documentos para quaisquer imigrantes que necessitem cobertura).
- Informações do empregador e de renda para qualquer pessoa de sua família (por exemplo, demonstrativos de pagamento, formulários de imposto de renda ou declarações salariais e fiscais).
- Números de apólices para qualquer seguro saúde atual.
- Informações sobre qualquer seguro saúde relacionado a emprego, disponível para a sua família..



Por que solicitamos essas informações?

Perguntamos sobre renda e outras informações para informá-lo a qual cobertura você é elegível e se você pode obter alguma ajuda para pagá-la. **Nós manteremos todas as informações que você fornece em sigilo e seguras, conforme as leis vigentes.** Para ver a Política de Privacidade, acesse HealthCare.gov ou verifique as instruções.



O que acontecerá?

Envie sua solicitação preenchida e assinada para o endereço na página 7. **Se você não tiver todas as informações que solicitamos, assine e envie a solicitação da mesma maneira.** Entraremos em contato com você dentro de 1 a 2 semanas, e **you poderá receber uma ligação do Marketplace se precisarmos de mais informações.** Você receberá uma carta de determinação de elegibilidade por correio depois que a solicitação for processada. Se não obtiver resposta, entre em contato com a central de atendimento do Marketplace. O preenchimento desta solicitação não significa que você deve comprar a cobertura de saúde



Obtenha ajuda com esta solicitação

- **Online:** HealthCare.gov.
- **Telefone:** Ligue para a central de atendimento do Marketplace em **1-800-318-2596**. Usuários com deficiência auditiva devem ligar para **1-855-889-4325**.
- **Pessoalmente:** Há consultores na sua área que podem ajudá-lo. Acesse HealthCare.gov, ou telefone para a central de atendimento do Marketplace em **1-800-318-2596** para obter mais informações.
- **Outros idiomas:** Se você precisa de ajuda em outro idioma diferente do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e fale para o representante da central de atendimento sobre o idioma do qual necessita. Forneceremos ajuda sem custo adicional para você.

Você tem o direito de obter as informações deste produto em formato alternativo. Você também tem o direito de registrar uma reclamação se achar que sofreu discriminação. Acesse www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, ou telefone para a central de atendimento do Marketplace em **1-800-318-2596** para obter mais informações. Usuários com deficiência auditiva devem ligar para **1-855-889-4325**.



Escreva em letra maiúscula usando somente tinta preta ou azul escuro .

Preencha os círculos (○) desta forma → ●.

PASSO 1: Fale sobre você.

(Precisamos que um adulto na família seja a pessoa de contato para a sua solicitação.)

1. Nome		Nome do meio		Sobrenome		Sr./Sra.	
2. Endereço residencial (Deixe em branco se você não tiver um.)		3. Número do apartamento ou do quarto					
4. Cidade		5. Estado	6. CEP		7. Município		
8. Endereço de correspondência (se diferente do endereço residencial)		9. Número do apartamento ou do quarto					
10. Cidade		11. Estado	12. CEP		13. Município		
14. Telefone no horário comercial			15. Telefone no horário noturno				
() () () () () () - () () () () () ()			() () () () () () - () () () () () ()				
16. Você deseja obter informações sobre esta solicitação por e-mail?.....○ Sim ○ Não							
Endereço de e-mail:							
17. Qual é o seu idioma falado preferido? Qual é o seu idioma escrito preferido?							

PASSO 2: Fale sobre a sua família.

Quem você precisa incluir nesta solicitação?

Preencha as páginas do Passo 2 para cada pessoa em sua família e casa, mesmo se a pessoa já tiver cobertura de saúde. As informações nesta solicitação nos ajudam a fazer com que cada um obtenha a melhor cobertura possível. A extensão da ajuda ou tipo de programa aos quais você é elegível é baseada no número de pessoas em sua família e em suas rendas. Se você não incluir ninguém, mesmo se eles já tiverem cobertura de saúde, seus resultados de elegibilidade podem ser afetados..

Para adultos que precisam de cobertura:

Inclua essas pessoas, mesmo se elas não estiverem solicitando cobertura de saúde:

- Esposo(a)
- Filho(a) menor de 21 anos de idade que more na mesma casa, incluindo enteado(a)
- Qualquer pessoa na mesma declaração de imposto de renda (incluindo qualquer filho maior de 21 anos de idade que faça a mesma declaração de imposto de renda dos pais). Não é necessário declarar o imposto de renda para obter a cobertura de saúde.

Para pessoas com menos de 21 anos de idade que precisam de cobertura:

Inclua essas pessoas, mesmo se elas não estiverem solicitando cobertura de saúde:

- Pais (ou padrasto e madrasta) que morem na mesma casa
- Qualquer irmão ou irmã que more na mesma casa
- Qualquer filho(a) que more na mesma casa, incluindo enteado(a)
- Qualquer outra pessoa na mesma declaração de imposto de renda. Não é necessário declarar o imposto de renda para obter a cobertura de saúde.

Preencha o Passo 2 para cada pessoa em sua família.

Comece com você e então adicione outros adultos e crianças. Se você tiver mais de 2 pessoas em sua família, será necessário fazer uma cópia das páginas e anexá-las.

Não é necessário fornecer status de imigração ou o Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) para os membros da família que não precisam de cobertura de saúde. Nós manteremos todas as informações que você fornece em sigilo e seguras, conforme as leis vigentes. Usaremos as informações pessoais somente para verificar se você é elegível para a cobertura de saúde.



PASSO 2: PESSOA 1 (Comece com você)

Preencha o Passo 2 para você mesmo(a), sua(seu) esposa(o)/companheira(o) e filhos que moram com você, e/ou qualquer pessoa na sua declaração de imposto de renda, se você fizer a declaração. Consulte a página 1 para obter mais informações sobre quem incluir. Se você não declarar imposto de renda, lembre-se, mesmo assim, de incluir membros que moram com você.

1. Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sr./Sra.
<input type="text"/>			

2. Relacionamento com a PESSOA 1? A PRÓPRIA	3. Você é casado(a)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	4. Data de nascimento (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	5. Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
---	---	--	--

6. Número de Seguro Social (SSN) --

★ Precisamos do Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) se você deseja cobertura de saúde e tiver um SSN ou pode obter um. Usamos o SSN para verificar a renda e outras informações para analisar quem é elegível para a ajuda no pagamento por cobertura de saúde. Se você precisa de ajuda para obter um SSN, acesse os órgãos do governo de seu país. Nos EUA, acesse socialsecurity.gov, ou ligue para a Seguridade Social em 1-800-772-1213. Usuários com deficiência auditiva devem ligar para 1-800-325-0778.

7. **Você planeja declarar imposto de renda no PRÓXIMO ANO?** *Você ainda pode solicitar uma cobertura, mesmo se não declarar imposto de renda.*

SIM. Se sim, responda às perguntas a-c. **NÃO. Se não**, responda à pergunta c.

a. Você declarará com sua(seu) esposa(o)? Sim Não
Se sim, escreva o nome de seu(sua) esposa(o):

b. Você incluirá algum dependente em sua declaração de imposto de renda?..... Sim Não
Se sim, informe os nomes dos dependentes:

c. Você será incluído como dependente na declaração de imposto de renda de alguém?..... Sim Não
Se sim, informe o nome de quem fará a declaração: Qual é a sua relação com o declarante?

8. Você está grávida?..... Sim Não a. **Se sim**, de quantos filhos?

9. **Precisa de cobertura de saúde?** *Mesmo se você tiver cobertura, pode ser que exista um programa com uma cobertura melhor ou com custos menores.*

SIM. Se sim, responda a todas as perguntas abaixo. **NÃO. Se não**, RESPONDA às perguntas sobre renda na página 3. Deixe o resto desta página em branco.

10. Você possui alguma condição de saúde física, mental ou emocional que cause limitações em suas atividades (como tomar banho, vestir-se, fazer as tarefas diárias etc.) ou está em um centro médico ou casa de repouso? Sim Não

11. Você é **residente** ou **cidadã(o) norte-americano**? Sim Não

12. Você é **naturalizado** ou **filho de naturalizado**? *(Isto frequentemente significa que você nasceu fora dos EUA)*

SIM. Se sim, preencha os campos a e b. **NÃO. Se não**, continue com a pergunta 13.

a. Número de identificação de estrangeiro: b. Número de certificado: Depois de preencher os campos a e b, RESPONDA à pergunta 14.

13. **Se você não for residente ou cidadão dos EUA**, você possui status elegível de imigração? **SIM**. Digite o tipo de documento e o número de identificação. *Veja as instruções.*

Tipo de documento de imigração	Tipo de status (opcional)	Escreva seu nome conforme aparece em seu documento de imigração.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de identificação de estrangeiro ou número I-94 <input type="text"/>	Número de cartão ou de passaporte <input type="text"/>
---	---

SEVIS ID ou data de validade (opcional) <input type="text"/>	Outro (código de categoria ou país de emissão) <input type="text"/>
---	--

a. Você mora nos EUA desde 1996?..... Sim Não

b. Você, ou sua(seu) esposa(o) ou pais são veteranos ou membros em serviço ativo do exército dos EUA?..... Sim Não

14. Você deseja ajuda para pagar despesas médicas dos últimos 3 meses?..... Sim Não

15. Você mora com pelo menos um filho com menos de 19 anos de idade e é a principal pessoa a cuidar deste filho? *(Selecione "sim" se você ou seu(sua) esposa(o) cuida deste filho.)* Sim Não

16. Informe os nomes e relacionamento de quaisquer pessoas com menos de 19 anos de idade que moram com você em sua casa:

17. Você é um estudante em tempo integral? ... Sim Não 18. Você esteve em acolhimento familiar até a idade de 18 anos de idade ou mais? .. Sim Não

Opcional: *(Preencha todas as opções válidas.)*

20. **Raça:** Branco Negro ou afro-americano Índio americano ou nativo do Alasca Filipino Japonês Coreano Indo-asiático Chinês Vietnamita Outro asiático Havaiano nativo Guamaniano ou Chamorro Samoano Outro ilhéu do Pacífico Outro

? **PRECISA DE AJUDA COM A SUA SOLICITAÇÃO?** Acesse HealthCare.gov ou ligue para **1-800-318-2596**. Se você precisa de ajuda em outro idioma diferente do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e fale para o representante da central de atendimento sobre o idioma do qual necessita. Forneceremos ajuda sem custo adicional para você. Usuários com deficiência auditiva devem ligar para **1-855-889-4325**.



PASSO 2: PESSOA 2 Observação: Se esta pessoa não precisa de cobertura de saúde, apenas responda às perguntas 1-10 nesta página. Faça uma cópia das páginas 4-5 se houver mais de 2 pessoas na sua casa.

Preencha esta página para seu(sua) esposa(o) ou companheira(o) e filhos que moram com você e/ou alguém na sua declaração de imposto de renda, caso você apresente uma. Se você não declarar imposto de renda, lembre-se, mesmo assim, de incluir membros que moram com você. Consulte a página 1 para obter mais informações sobre quem incluir.

1. Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sr./Sra.
<input type="text"/>			

2. Relacionamento com a PESSOA 1? <i>Veja as instruções.</i>	3. A PESSOA 2 é casada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	4. Data de nascimento (dd/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	5. Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
--	--	--	--

6. Número de Seguro Social (SSN) -- **Precisamos dele se você deseja uma cobertura de saúde para a PESSOA 2 e a PESSOA 2 tiver um SSN.**

7. A PESSOA 2 mora no mesmo endereço da PESSOA 1?..... Sim Não
Se não, informe o endereço:

8. **A PESSOA 2 planeja declarar imposto de renda no PRÓXIMO ANO?** *(Você ainda pode solicitar uma cobertura, mesmo se a PESSOA 2 não declarar imposto de renda.)*
 SIM. Se sim, responda às perguntas a-c. **NÃO. Se não,** responda à pergunta c.

a. A PESSOA 2 declarará com seu(sua) esposo(a)?..... Sim Não
Se sim, escreva o nome de seu(sua) esposa(o):

b. A PESSOA 2 incluirá algum dependente em sua declaração de imposto de renda?..... Sim Não
Se sim, informe os nomes dos dependentes:

c. A PESSOA 2 será incluída como dependente na declaração de imposto de renda de alguém?..... Sim Não
Se sim, informe o nome de quem fará a declaração: Qual é a relação da PESSOA 2 com o declarante?

9. A PESSOA 2 está grávida?..... Yes No a. **Se sim,** de quantos filhos?

10. **A PESSOA 2 precisa de cobertura de saúde?** *(Mesmo se a PESSOA 2 tiver cobertura, pode ser que exista um programa com uma cobertura melhor ou com custos menores.)*
 SIM. Se sim, responda a todas as perguntas abaixo. **NÃO. Se não,** RESPONDA às perguntas sobre renda na página 5. Deixe o resto desta página em branco.

11. A PESSOA 2 possui alguma condição de saúde física, mental ou emocional que cause limitações em suas atividades (como tomar banho, vestir-se, fazer as tarefas diárias etc.) ou está em um centro médico ou casa de repouso? Sim Não

12. A PESSOA 2 é **residente** ou **cidadã(o) norte-americano**?..... Sim Não

13. A PESSOA 2 é **naturalizada** ou **filha de naturalizado**? *(Isto frequentemente significa que nasceu fora dos EUA)*
 SIM. Se sim, preencha os campos a e b. **NÃO. Se não,** continue com a pergunta 14.

a. Número de identificação de estrangeiro <input type="text"/>	b. Número de certificado <input type="text"/>	Depois de preencher os campos a e b, RESPONDA à pergunta 15.
---	--	--

14. **Se a PESSOA 2 não for residente ou cidadão dos EUA,** ela possui status elegível de imigração? **SIM.** Digite o tipo de documento e o número de identificação. *Veja as instruções.*

Tipo de documento de imigração: <input type="text"/>	Tipo de status (opcional): <input type="text"/>	Escreva o nome da PESSOA 2 conforme aparece no documento de imigração. <input type="text"/>
---	--	--

Número de identificação de estrangeiro ou número I-94 <input type="text"/>	Número de cartão ou de passaporte <input type="text"/>
---	---

SEVIS ID ou data de validade (opcional) <input type="text"/>	Outro (código de categoria ou país de emissão) <input type="text"/>
---	--

a. A PESSOA 2 mora nos EUA desde 1996?..... Sim Não
b. A PESSOA 2 ou o(a) esposo(a) ou pais da PESSOA 2 são veteranos ou membros em serviço ativo do exército dos EUA?..... Sim Não

15. A PESSOA 2 deseja ajuda para pagar despesas médicas dos últimos 3 meses? Sim Não

16. A PESSOA 2 mora com pelo menos um filho com menos de 19 anos de idade e a PESSOA 2 é o principal membro que cuida deste filho? *(Selecione "sim" se a PESSOA 2 ou seu(sua) esposa(a) cuida deste filho.)*..... Sim Não

17. Informe os nomes e relacionamento de quaisquer pessoas com menos de 19 anos de idade que moram com a PESSOA 2 na casa dela: *(Elas podem ser as mesmas pessoas listadas na página 2.)*

18. A PESSOA 2 esteve em acolhimento familiar até a idade de 18 anos de idade ou mais? Sim Não

Responda às seguintes perguntas se a PESSOA 2 tiver 22 anos ou menos:

19. A PESSOA 2 tem seguro por meio do emprego e o perdeu nos últimos três meses?..... Sim Não

a. **Se sim,** qual foi a data final: / / b. Motivo da finalização do seguro:

20. A PESSOA 2 é estudante em tempo integral?..... Sim Não

Opcional: *(Preencha todas as opções válidas.)*
20. Raça: Branco Negro ou afro-americano Índio americano ou nativo do Alasca Filipino Japonês Coreano Indo-asiático Chinês Vietnamita Outro asiático Havaiano nativo Guamaniano ou Chamorro Samoano Outro ilhéu do Pacífico Outro

PRECISA DE AJUDA COM A SUA SOLICITAÇÃO? Acesse HealthCare.gov ou ligue para **1-800-318-2596**. Se você precisa de ajuda em outro idioma diferente do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e fale para o representante da central de atendimento sobre o idioma do qual necessita. Forneceremos ajuda sem custo adicional para você. Usuários com deficiência auditiva devem ligar para **1-855-889-4325**.



PASSO 2: PESSOA 2 Informe qualquer renda que a PESSOA 2 receba. Preencha esta página, mesmo se a PESSOA 2 não precisar de cobertura de saúde.

Emprego atual e informações de renda

- Empregado:** Se a PESSOA 2 estiver empregada atualmente, informe a sua renda. Comece com a pergunta 23. **Desempregado:** Responda à pergunta 33. **Trabalhador autônomo:** Responda à pergunta 32.

Emprego atual 1:

23. Nome do empregador

a. Endereço do empregador

b. Cidade c. Estado d. CEP

24. Telefone do empregador () -

25. Salário/comissões (antes de descontar os impostos) Por hora Por semana A cada duas semanas Duas vezes por mês Por mês Por ano

26. Horas médias trabalhadas por SEMANA

\$

Emprego atual 2: (Se a PESSOA 2 tiver mais empregos, anexe outra folha de papel.)

27. Nome do empregador

a. Endereço do empregador

b. Cidade c. Estado d. CEP

28. Telefone do empregador () -

29. Salário/comissões (antes de descontar os impostos) Por hora Por semana A cada duas semanas Duas vezes por mês Por mês Por ano

30. Horas médias trabalhadas por SEMANA

\$

31. No ano passado, a PESSOA 2: Mudou de emprego Parou de trabalhar Começou a trabalhar fazendo menos horas Nenhuma das anteriores

32. Se a PESSOA 2 for trabalhador autônomo, responda às seguintes perguntas:

- a. Tipo de emprego:
- b. Qual o valor da renda líquida (lucro depois de descontadas as despesas) a PESSOA 2 receberá deste trabalho autônomo neste mês? *Veja as instruções.* \$

33. **Outra renda que a PESSOA 2 receberá neste mês:** Preencha todos os campos válidos e forneça o valor e qual a frequência que a PESSOA 2 recebe o pagamento. Preencha aqui se nada for válido. **OBSERVAÇÃO:** Não é necessário informar sobre a renda da PESSOA 2 proveniente de pensão alimentícia, pagamentos de veteranos ou Renda de Seguridade Complementar (SSI).

<input type="radio"/> Desemprego	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Pensão alimentícia recebida	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensão	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Renda de agricultura/pesca	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Seguridade social	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Renda de imóveis/terrenos	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Contas de aposentadoria	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Outra renda	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>
			Tipo: <input type="text"/>		

34. **Deduções:** Preencha todos os campos válidos e forneça o valor e qual a frequência que a PESSOA 2 recebe o pagamento. Se a PESSOA 2 paga por determinados serviços que podem ser deduzidos da declaração de imposto de renda, informe sobre eles, se isto puder diminuir um pouco o custo da cobertura de saúde. **OBSERVAÇÃO:** Você não deve incluir a pensão alimentícia que a PESSOA 2 paga, ou um custo já considerado em sua resposta sobre a renda autônoma líquida (pergunta 32b)

<input type="radio"/> Pensão alimentícia paga	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Outras deduções	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Juros de empréstimo a estudante	\$ <input type="text"/>	Com que frequência? <input type="text"/>	Tipo: <input type="text"/>		

35 **Responda a esta pergunta somente se a renda da PESSOA 2 muda durante o ano, como, por exemplo,** se ela somente tem emprego em alguns meses do ano ou recebe um benefício por determinados meses. Se você não espera mudanças na renda mensal da PESSOA 2, passe para a próxima pessoa. ➔

Renda total da PESSOA 2 neste ano \$

Renda total da PESSOA 2 no próximo ano \$

Muito obrigado! Isto é tudo o que precisamos saber sobre a PESSOA 2

PRECISA DE AJUDA COM A SUA SOLICITAÇÃO? Acesse HealthCare.gov ou ligue para 1-800-318-2596. Se você precisa de ajuda em outro idioma diferente do inglês, ligue para 1-800-318-2596 e fale para o representante da central de atendimento sobre o idioma do qual necessita. Forneceremos ajuda sem custo adicional para você. Usuários com deficiência auditiva devem ligar para 1-855-889-4325.



PASSO 3: Membros da família que são índios americanos ou nativos do Alasca (AI/AN)

1. Você ou alguém de sua família são índios americanos ou nativos do Alasca?

- NÃO. Se não, continue com o Passo 4. SIM. Se sim, continue com o Passo 4, além de completar o Apêndice B e incluir esta solicitação.

PASSO 4: Cobertura de plano de saúde da sua família

1. Para cada ano que você obteve um crédito fiscal de prêmio, sua família registrou uma declaração de imposto de renda e fez o ajuste de qualquer crédito fiscal de prêmio que você utilizou?

- SIM, os créditos fiscais de prêmio foram ajustados. Preencha o círculo somente se TODAS as seguintes condições se aplicam a você:
- Você utilizou pagamentos adiantados de créditos fiscais de prêmio (advance premium tax credits - APTC) em um ou mais anos anteriores para ajudar a diminuir seus custos com a cobertura do Marketplace.
 - O declarante da sua família enviou uma declaração de imposto de renda para cada um desses anos.
 - O declarante enviou o Formulário IRS 8962 (healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/) com a taxa de retorno.

2. Alguém neste requerimento foi classificado como não elegível para o Medicaid ou o Programa de Seguro Saúde para Crianças (Children's Health Insurance Program - CHIP) nos últimos 90 dias? (Selecione "sim" somente se alguém foi classificado como não elegível para essa cobertura pelo seu estado, não pelo Marketplace.)

- Sim Não

Quem? Data:

Ou alguma pessoa neste formulário se encontra inelegível para o Medicaid ou CHIP devido ao seu status de imigração nos últimos 4 anos?

- Sim Não

Quem?

Alguém neste requerimento solicitou cobertura durante o período de inscrição aberta do Marketplace? Sim Não

Quem?

3. Alguém indicado nesta solicitação recebe cobertura de saúde por meio do emprego? Marque "sim", mesmo se a cobertura for do emprego de outra pessoa, por exemplo, um dos pais ou esposa(o), e mesmo se eles não aceitam a cobertura.

- SIM. Continue e então complete o Apêndice A. Este é um plano de benefícios estatal para funcionários? Sim Não
 NÃO.

4. Alguém tem uma cobertura de saúde agora?

- SIM. Se sim, continue com a pergunta 6. NÃO. Se não, vá para o Passo 5.

5. Informações sobre cobertura de saúde atual. (Faça uma cópia desta página se mais de 2 pessoas tiverem cobertura de saúde agora.)

Escreva o tipo de cobertura, como o seguro do empregador, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, programa de cuidados de saúde VA, Peace Corps, ou outro. (Não informe sobre o TRICARE se você tiver o Direct Care ou Line of Duty.)

PESSOA 1:

Nome da pessoa com cobertura de saúde

Tipo de cobertura:
 Seguro do empregador COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE Programa de cuidados de saúde VA
 Peace Corps Outro

Se o seguro é do empregador: (Você também precisará completar o Apêndice A.)
 Nome da empresa do seguro saúde Número da apólice/ID

Se for outro tipo de cobertura: Preencha se é uma cobertura de saúde do Marketplace.
 Nome da empresa do seguro saúde Número da apólice/ID

Este é um plano de benefícios limitados, como uma apólice de acidentes escolares? Sim Não

PESSOA 2:

Nome da pessoa com cobertura de saúde

Tipo de cobertura:
 Seguro do empregador COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE Programa de cuidados de saúde VA
 Peace Corps Outro

Se o seguro é do empregador: (Você também precisará completar o Apêndice A.)
 Nome da empresa do seguro saúde Número da apólice/ID

Se for outro tipo de cobertura: Preencha se é uma cobertura de saúde do Marketplace.
 Nome da empresa do seguro saúde Número da apólice/ID

Este é um plano de benefícios limitados, como uma apólice de acidentes escolares? Sim Não

PRECISA DE AJUDA COM A SUA SOLICITAÇÃO? Acesse HealthCare.gov ou ligue para 1-800-318-2596. Se você precisa de ajuda em outro idioma diferente do inglês, ligue para 1-800-318-2596 e fale para o representante da central de atendimento sobre o idioma do qual necessita. Forneceremos ajuda sem custo adicional para você. Usuários com deficiência auditiva devem ligar para 1-855-889-4325.



PASSO 5: Acordo e assinatura

1. Você concorda em permitir que o Marketplace use seus dados de renda, incluindo informações sobre declaração do imposto de renda, para os próximos 5 anos? Sim Não

Para tornar mais fácil determinar sua elegibilidade para a ajuda com o pagamento por cobertura nos próximos anos, você pode concordar em permitir que o Marketplace use dados de renda atualizados, incluindo informações provenientes de declarações fiscais. O Marketplace enviará uma notificação e permitirá que você faça qualquer alteração. O Marketplace fará uma verificação para certificar-se de que você ainda é elegível, e pode ter que pedir que você prove que sua renda ainda o qualifica. Você pode cancelar a qualquer momento.

Se não, atualize minhas informações automaticamente para os próximos:

- 4 anos 2 anos Não use meus dados fiscais para renovar minha elegibilidade para a ajuda com o pagamento para a cobertura de saúde (a seleção desta opção pode causar impacto sobre sua habilidade em obter ajuda com o pagamento para cobertura na renovação.)
 3 anos 1 ano

2. Alguém que está requerendo o seguro saúde nesta solicitação está preso (detido ou na prisão)? Sim Não

Se sim, informe o nome da pessoa. O nome da pessoa presa é:

Preencha aqui se esta pessoa está enfrentando acusações legais na justiça.

Se alguém nesta solicitação é elegível para o Medicaid:

- Estou fornecendo à agência do Medicaid direitos para procurar e obter qualquer valor financeiro de outro seguro saúde, resoluções judiciais ou de terceiros. Eu também estou fornecendo à agência do Medicaid direitos para procurar e obter apoio médico de um(a) esposo(a) ou um dos pais.
- Um dos pais de algum filho nesta solicitação está morando fora de casa? Sim Não
- Se sim, estou ciente de que será solicitado que eu coopere com a agência que coleta assistência médica de um dos pais ausentes. Se eu considerar que a cooperação para coletar assistência médica prejudicará a minha pessoa ou meus filhos, eu posso informar ao Medicaid e posso não ter que cooperar.
- Estou assinando esta solicitação sob pena de perjúrio, o que significa que eu forneci respostas verdadeiras a todas as perguntas neste formulário tanto quanto é do meu conhecimento. Estou ciente de que posso estar sujeito às penalidades sob a lei federal se eu intencionalmente fornecer informações falsas ou incorretas.
- Estou ciente de que devo informar à Health Insurance Marketplace dentro de 30 dias se algo mudar (e houver algo diferente) em relação àquilo que escrevi nesta solicitação. Posso acessar o site HealthCare.gov ou ligar para **1-800-318-2596** para informar quaisquer alterações. Entendo que uma alteração em minhas informações poderia afetar minha elegibilidade, e também a elegibilidade de membro(s) de minha casa.
- Estou ciente de que de acordo com a lei federal, é proibida a discriminação com base em grupo étnico, cor, nacionalidade, sexo, idade, orientação sexual, identidade de gênero ou deficiência. Posso apresentar uma queixa de discriminação, acessando www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Estou ciente de que as informações neste formulário serão usadas somente para determinar a elegibilidade para a cobertura de saúde, ajudar a pagar a cobertura (se solicitado), e para propósitos legais do Marketplace e programas que ajudam a pagar a cobertura.

Precisamos destas informações para verificar sua elegibilidade para ajudar a pagar pela cobertura de saúde, se você escolher fazer a solicitação. Verificaremos suas respostas usando as informações em nossos bancos de dados eletrônicos e bancos de dados da Receita Federal, Seguridade Social, Departamento de Segurança Interna e/ou uma agência de cadastros de consumidores. Se as informações não corresponderem, podemos pedir a você que nos envie uma comprovação.

O que eu devo fazer se considerar que os resultados da minha elegibilidade estão errados?

Se não concorda com a sua elegibilidade, em muitos casos, você pode solicitar uma apelação. Revise a notificação de elegibilidade para obter instruções de apelações específicas para cada pessoa em sua casa que solicita a cobertura, incluindo a quantidade de dias que você tem para solicitar uma apelação. Veja as informações importantes para considerar ao solicitar uma apelação:

- Alguém pode fazer a solicitação por você ou participar na sua apelação se você desejar. Essa pessoa pode ser um amigo, familiar, advogado ou outra pessoa. Ou ainda você mesmo pode solicitar e participar em sua apelação.
- Se solicitar uma apelação, você pode conseguir manter sua elegibilidade para a cobertura enquanto a apelação estiver pendente.
- O resultado de uma apelação poderia mudar a elegibilidade de outros membros de sua família.

Para apelar dos seus resultados de elegibilidade do Marketplace, acesse HealthCare.gov/marketplace-appeals/. Ou ligue para a central de atendimento do Marketplace em **1-800-318-2596**. Usuários com deficiência auditiva devem ligar para **1-855-889-4325**. Também é possível enviar por correio um formulário de solicitação de apelação ou sua própria carta solicitando uma apelação, para **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Você pode apelar em relação à elegibilidade para a aquisição de cobertura de saúde por meio do Marketplace, períodos de inscrição, créditos fiscais, redução do compartilhamento de custos, Medicaid e CHIP, se eles foram negados a você. Se for elegível para créditos fiscais ou reduções de compartilhamento de custos, você pode apelar em relação ao valor que determinamos para a sua elegibilidade. Dependendo do seu estado, você pode conseguir apelar por meio do Marketplace ou pode ser que seja necessário solicitar uma apelação com a agência estatal Medicaid ou CHIP.

A PESSOA 1 deve assinar esta solicitação. Se você for um representante autorizado, você pode assinar no campo abaixo, contanto que a PESSOA 1 tenha assinado o Apêndice C.

Assinatura	Data da assinatura (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se você estiver assinando esta solicitação fora do período aberto de inscrições (entre 1º de novembro e 15 de dezembro), revise o Apêndice D ("Perguntas sobre as mudanças de vida").

PASSO 6: Solicitação preenchida por correio

Envie por correio a solicitação assinada para:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

Se você deseja registrar-se para votar, preencha o formulário de registro do eleitor em www.eac.gov.

PRECISA DE AJUDA COM A SUA SOLICITAÇÃO? Acesse HealthCare.gov ou ligue para **1-800-318-2596**. Se você precisa de ajuda em outro idioma diferente do inglês, ligue para **1-800-318-2596** e fale para o representante da central de atendimento sobre o idioma do qual necessita. Forneceremos ajuda sem custo adicional para você. Usuários com deficiência auditiva devem ligar para **1-855-889-4325**.

NÃO PREENCHA. ISTO NÃO É UMA SOLICITAÇÃO

Obter ajuda em um idioma que não seja o inglês

Se você, ou alguém a quem está ajudando, tiver perguntas sobre o Health Insurance Marketplace, você tem o direito de obter ajuda e informações no seu idioma sem nenhum custo. Para falar com um intérprete, ligue para **1-800-318-2596**.

Eis uma lista dos idiomas disponíveis e a mesma mensagem fornecida acima nestes idiomas:

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.

NÃO PREENCHA. ISTO NÃO É UMA SOLICITAÇÃO

Obter ajuda em um idioma que não seja o inglês (continua)

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。



Apêndice A

Cobertura de saúde empresarial

NÃO é necessário responder a essas perguntas, a menos que alguém na sua casa seja elegível para a cobertura de saúde empresarial, mesmo se ele não aceitar a cobertura. Anexe uma cópia desta página para cada emprego que ofereça cobertura.

Informe sobre o emprego que oferece a cobertura.

Faça uma cópia desta página e leve-a ao empregador que oferece a cobertura pra ajudar você a responder a essas perguntas.

INFORMAÇÕES DO FUNCIONÁRIO

1. Nome do funcionário (Primeiro nome, nome do meio e sobrenome)	2. Número de seguro social do funcionário (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

INFORMAÇÕES DO EMPREGADOR

3. Nome do empregador/empresa	
<input type="text"/>	
4. Número de Identificação do Empregador (EIN)	5. Telefone do empregador
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>

Agora, digite os dados da pessoa ou departamento que gerencia os benefícios dos funcionários. Poderemos entrar em contato com esta pessoa se precisarmos de mais informações:

6. Pessoa ou departamento com quem podemos entrar em contato para tratar de cobertura de saúde dos funcionários		
<input type="text"/>		
7. Endereço do empregador (o Marketplace pode enviar avisos para este endereço))		
<input type="text"/>		
8. Cidade	9. Estado	10. CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Número de telefone (se diferente do acima)	12. Endereço de e-mail	
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. O funcionário é elegível atualmente para a cobertura oferecida por este empregador, ou o funcionário se tornará elegível nos próximos 3 meses?

SIM (Continue) NÃO (EMPREGADOR: PARE e devolva este formulário ao funcionário. FUNCIONÁRIO: retornar ao seu requerimento de cobertura do Marketplace.)

a. Se o empregado não é elegível hoje, incluindo se resultado de um período de espera ou probatório, quando o empregado será elegível para cobertura? (dd/mm/aaaa)

/ /

b. O empregador oferece um plano de saúde que cobre o cônjuge ou dependente(s) deste funcionário?

SIM. Se sim, quais pessoas? Cônjuge Dependente(s) NÃO (Vá para a pergunta 14.)

Informe o nome de qualquer outra pessoa na família do funcionário que seja elegível para a cobertura deste emprego.

Nome

Nome

Nome

continua na próxima página

NÃO PREENCHA. ISTO NÃO É UMA SOLICITAÇÃO



Informe sobre a cobertura de saúde oferecida por este empregador.

14. O empregador oferece um plano de saúde que satisfaz ao padrão de valor mínimo*?

SIM (Vá para a pergunta 15.) NÃO (PARE e devolva este formulário ao funcionário.)

15. Quanto o funcionário deve pagar para o plano de menor custo oferecido a ele que somente satisfaz ao padrão de valor mínimo*? Não inclua planos familiares. **OBSERVAÇÃO:** Se o empregador oferece programas de bem-estar, digite o prêmio que o funcionário pagaria se ele obtivesse o desconto máximo por algum programa de tratamento contra o tabagismo e não obtivesse qualquer outro desconto com base em programas de bem-estar.

a. O funcionário pagaria o seguinte prêmio: \$

OBSERVAÇÃO: Digite o menor valor que o funcionário pagaria para a cobertura de saúde.

b. O funcionário pagaria o seguinte valor: Por semana A cada duas semanas Duas vezes por mês Uma vez por mês
 Trimestralmente Por ano

(Vá para a próxima pergunta.)

16. Quais mudanças o empregador fará para o plano do novo ano?

O empregador não oferecerá cobertura de saúde a partir da seguinte data: (dd/mm/aaaa)

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

O valor do prêmio mudará para o plano de menor custo que satisfaz ao padrão de valor mínimo* e está disponível somente ao funcionário. (O prêmio deve refletir somente os descontos para os programas de tratamento contra o tabagismo. Veja a pergunta 15.)

a. O funcionário pagaria o seguinte prêmio: \$

b. Com que frequência? Por semana A cada duas semanas Duas vezes por mês Uma vez por mês
 Trimestralmente Por ano

c. Data da alteração: (dd/mm/aaaa)

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

Não sei se o empregador fará mudanças.

O empregador não fará quaisquer mudanças.

* Um plano de saúde satisfaz ao padrão de valor mínimo se paga pelo menos 60% do custo total dos serviços médicos para uma população padrão, e oferece cobertura substancial de hospital e serviços médicos. A maioria dos planos empresariais satisfaz ao padrão de valor mínimo.

NÃO PREENCHA. ISTO NÃO É UMA SOLICITAÇÃO



Form Approved
OMB No. 0938-1191

Apêndice B



Apêndice C

Ajuda para preencher esta solicitação

Somente para consultores, orientadores, agentes e corretores de solicitações certificados

Complete esta seção se você for um consultor, orientador, agente ou corretor de solicitações certificado que esteja preenchendo esta solicitação para outra pessoa.

1. Data inicial da solicitação (dd/mm/aaaa)	
<input type="text"/>	
2. Primeiro nome, nome do meio, sobrenome e tratamento (sr./sra.)	
<input type="text"/>	
3. Nome da organização	
<input type="text"/>	
4. Número da ID (se aplicável)	5. Somente para agentes/corretores: Número NPN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Você pode escolher um representante autorizado.

Você pode fornecer a uma pessoa confiável a permissão para falar sobre a sua solicitação conosco, verificar suas informações e agir em seu nome em assuntos relacionados a esta solicitação, incluindo a obtenção de informações e assinatura da sua solicitação a seu favor. Esta pessoa é chamada de "representante autorizado". Se você precisa alterar ou remover seu representante autorizado, entre em contato com o Marketplace. Se você for um representante legalmente autorizado para alguém nesta solicitação, envie os comprovantes juntamente com a solicitação.

1. Nome do representante autorizado (Primeiro nome, nome do meio e sobrenome)			
2. Endereço		3. Número do apartamento ou do quarto	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Cidade	5. Estado	6. CEP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7. Número de telefone			
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>			
8. Nome da organização			
<input type="text"/>			
9. Número da ID (se aplicável)			
<input type="text"/>			

Ao assinar, você permite que esta pessoa assine esta solicitação, obtenha informações oficiais sobre esta solicitação e atue a seu favor em todos os assuntos futuros relacionados a esta solicitação.

10. Assinatura da PESSOA 1 informada nesta solicitação	11. Data da assinatura (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>





Apêndice D

Perguntas sobre mudanças de vida

(Você deve completar o resto desta solicitação juntamente com esta página. Não envie somente esta página.)

Se alguém nesta solicitação enfrentou mudanças de vida nos últimos 60 dias, responda às seguintes perguntas. Determinadas mudanças de vida permitem que sua cobertura por meio do Marketplace inicie logo em seguida. Também recomendamos que você responda a essas perguntas se estiver fazendo a solicitação depois que o período aberto de inscrições anual termina e antes que o próximo período anual comece.

Essas perguntas são opcionais. Se as circunstâncias da sua vida não mudaram, você pode deixar as respostas em branco. Você pode se inscrever no Medicaid e no Programa de Seguro Saúde para Crianças (Children's Health Insurance Program, CHIP) em qualquer mês do ano, mesmo se não enfrentou mudanças na sua vida. Membros de tribos federalmente reconhecidas e acionistas dos nativos do Alasca podem se inscrever na cobertura por meio do Marketplace em qualquer mês do ano.

Informe sobre mudanças na sua casa.

1. Alguém perdeu a qualificação para a cobertura de saúde nos últimos 60 dias, ou espera perder a qualificação para a cobertura de saúde nos próximos 60 dias?

Nomes	Data que a cobertura finalizou ou finalizará (dd/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/> Verifique aqui se a cobertura foi finalizada pelo não pagamento de prêmios.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2. Alguém se casou nos últimos 60 dias?

Nomes	Data (dd/mm/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<p>a. Alguma dessas pessoas tinha qualificação de cobertura de saúde em qualquer momento nos últimos 60 dias? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Se sim, insira seu(s) nome(s) aqui:</p>	

3. Alguém foi liberado do encarceramento (detenção ou prisão) nos últimos 60 dias?

Nomes	Data (dd/mm/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

4. Alguém obteve o status elegível de imigração nos últimos 60 dias?

Nomes	Data (dd/mm/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

5. Alguém foi adotado, colocado em adoção ou transferido para acolhimento familiar nos últimos 60 dias?

Nomes	Data (dd/mm/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

6. Alguém se tornou dependente devido a uma pensão alimentícia ou outra ordem judicial nos últimos 60 dias?

Nomes	Data (dd/mm/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

7. Alguém alterou seu local principal de moradia nos últimos 60 dias?

Nomes	Data da transferência (dd/mm/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<p>Qual é o CEP de seu endereço anterior? <input type="radio"/> Preencha aqui se você se mudou de outro país ou de um território dos EUA</p> <p><input type="text"/></p> <p>a. Alguma dessas pessoas tinha qualificação de cobertura de saúde em qualquer momento nos últimos 60 dias? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Se sim, informe seus nomes abaixo:</p> <p>Nomes</p>	