



Solicitação para cobertura de saúde e ajuda para pagamento de custos

➔ **Faça a solicitação mais rapidamente on-line, em [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)**



Use esta solicitação para verificar em qual cobertura você é elegível

- Planos do Marketplace que oferecem uma cobertura abrangente para ajudar você a se manter saudável.
- Um crédito fiscal que pode ajudar imediatamente a diminuir o valor dos seus prêmios para a cobertura de saúde.
- Cobertura gratuita ou de baixo custo pelo Medicaid ou pelo Programa de Seguro-Saúde para Crianças (CHIP).
- **Pessoas em determinadas faixas de renda podem ser elegíveis para programas gratuitos ou de baixo custo.**



Quem pode usar esta solicitação?

- Use esta solicitação para pedir cobertura para qualquer pessoa do seu grupo familiar.
- **Faça a solicitação mesmo que você, seu cônjuge ou seus filhos já tenham cobertura de saúde. Você pode ser elegível para cobertura gratuita ou mais barata.**
- Se você for solteiro, pode ser possível usar um formulário resumido. Acesse [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Grupos familiares que incluem imigrantes elegíveis podem fazer a solicitação. Você pode fazer a solicitação para seu(sua) filho(a) mesmo que você não seja elegível para a cobertura. A solicitação não afeta seu status de imigração ou a probabilidade de tornar-se 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

- Números de Seguro Social (SSNs) (ou números de documentos para qualquer imigrante elegível que necessite de cobertura).
- Informações do empregador e de renda para todas as pessoas do seu grupo familiar (como demonstrativos de pagamento, formulários W-2 do imposto de renda ou informes de rendimentos).
- Números de apólices para qualquer seguro saúde atual.
- Informações sobre qualquer seguro de saúde relacionado a emprego disponível para pessoas do seu grupo familiar..



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](https://www.healthcare.gov) ou verifique as instruções.



O que acontecerá?

Envie sua solicitação preenchida e assinada para o endereço na página 8. **Se você não tiver todas as informações solicitadas, assine e envie a solicitação mesmo assim.** Entraremos em contato com você dentro de 1 a 2 semanas, e **você pode receber uma ligação do Marketplace se precisarmos de mais informações.** Você receberá uma notificação de elegibilidade pelo correio depois que a sua 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 tem que comprar a cobertura de saúde.



Obtenha ajuda com esta solicitação

- **Online:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- **Telefone:** Ligue para a central de atendimento do Marketplace em **1-800-318-2596**. Usuários de TTY podem ligar para **1-855-889-4325**.
- **Pessoalmente:** Há consultores na sua área que podem ajudá-lo. Acesse [HealthCare.gov](https://www.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 sobre o Marketplace em formato acessível, como em caracteres grandes, Braille ou áudio. Você também tem o direito de registrar uma reclamação se achar que sofreu discriminação. Acesse [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice), ou telefone para a central de atendimento do Marketplace em **1-800-318-2596** para obter mais informações. Usuários de TTY podem ligar para **1-855-889-4325**.

A produção deste produto foi custeada pelos contribuintes dos EUA.

Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health & Human Services.



HealthCare.gov



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 no domicílio seja a pessoa de contato para a sua solicitação.)

1. Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sr./Sra.
[Hatched area]			
2. Endereço residencial (Deixe em branco se você não tiver um.)			3. Endereço residencial 2
[Hatched area]			[Hatched area]
4. Cidade	5. Estado	6. CEP	7. Condado
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]
8. Endereço de correspondência (se diferente do endereço residencial)			9. Endereço para correspondência 2
[Hatched area]			[Hatched area]
10. Cidade	11. Estado	12. CEP	13. Condado
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]
14. Número de telefone		15. Número de telefone alternativo	
[Hatched area]		[Hatched area]	
16. Você deseja obter informações sobre esta solicitação por e-mail?..... ○ Sim ○ Não			
Endereço de e-mail: [Hatched area]			
17. Idioma preferido	Escrito	Falado	
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	

Passo 2: Fale sobre as pessoas no seu grupo familiar.

Quem você precisa incluir nesta solicitação?

Preencha as páginas do Passo 2 para cada pessoa do seu grupo familiar, mesmo que ela já tenha cobertura de saúde. As informações desta solicitação nos ajudam garantir que todos obtenham a melhor cobertura possível. A extensão da ajuda ou o tipo de programa aos quais você é elegível depende do número de pessoas e da renda do seu grupo familiar. Se você não incluir alguém, mesmo que eles já tenham 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 cônjuge que more na mesma casa
- 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 do seu grupo familiar.

Comece com você e então adicione outros adultos e crianças. Se houver mais de 2 pessoas no seu grupo familiar, será necessário fazer uma cópia das páginas e anexá-las.

Não é necessário fornecer status de imigração ou SSN dos membros do grupo familiar que não precisam de cobertura de saúde. Nós manteremos todas as informações fornecidas 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), seu(sua) cônjuge/companheiro(a) e dependentes que moram com você e/ou qualquer pessoa incluída 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 de incluir membros do seu grupo familiar mesmo assim.

1. Nome	Nome do meio	Sobrenome	Sr./Sra.

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) 	5. Sexo <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
---	---	--	--

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 ajuda no pagamento pela cobertura de saúde. Para mais informações sobre a obtenção do SSN, acesse socialsecurity.gov ou ligue para o Seguro Social pelo número 1-800-772-1213. Usuários de TTY podem 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 ao itens a até c. **NÃO. Se não**, pule para o item 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 tem algum problema de saúde física, mental ou emocional que limite suas atividades (como tomar banho, vestir-se, fazer as tarefas diárias, etc.), tem necessidades especiais de saúde ou mora em um estabelecimento 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.
Número de identificação de estrangeiro ou número I-94	Número de cartão ou de passaporte	
SEVIS ID ou data de validade (opcional)	Outro (código de categoria ou país de emissão)	

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

Liste os nomes e relações de parentesco de qualquer menor de 19 anos de idade do seu grupo familiar que more com você:

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

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

19. 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 1 (Continue com você mesmo(a))

Emprego atual e informações de renda

Empregado: Se você estiver empregado atualmente, informe-nos de sua renda. Comece pelo item 20.

Desempregado:
Pule para o item 30.

Trabalhador autônomo:
Pule para o item 29.

Emprego atual 1:

20. Nome do empregador

a. Endereço do empregador (opcional)

b. Cidade

c. Estado

d. CEP

21. Telefone do empregador

22. Salário/comissões

(antes de descontar os impostos)

\$ _____

Por hora

Por semana

A cada duas semanas

Duas vezes por mês

Por mês

Por ano

23. Horas médias trabalhadas por SEMANA

Emprego atual 2: (Se você tiver empregos adicionais e precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel.)

24. Nome do empregador

a. Endereço do empregador (opcional)

b. Cidade

c. Estado

d. CEP

25. Telefone do empregador

26. Salário/comissões

(antes de descontar os impostos)

\$ _____

Por hora

Por semana

A cada duas semanas

Duas vezes por mês

Por mês

Por ano

27. Horas médias trabalhadas por SEMANA

28. No ano passado, você: Mudou de emprego Parou de trabalhar Começou a trabalhar fazendo menos horas Nenhuma das anteriores

29. Se for autônomo, preencha os campos a e b:

a. Tipo de emprego:

b. Qual o valor da renda líquida (lucro depois de descontadas as despesas) você receberá deste trabalho autônomo neste mês? *Veja as instruções.*

\$ _____

30. **Outra renda que você receberá neste mês:** Preencha todos os campos válidos e forneça o valor e qual a frequência que você o obtém. Preencha aqui se nada for válido.

OBSERVAÇÃO: Não é necessário informar sobre a renda proveniente de pensão alimentícia, pagamentos de veteranos ou Renda de Seguridade Complementar (Supplemental Security Income, SSI).

Desemprego

\$ _____

Com que frequência?

Pensão alimentícia recebida (**Obs.:** Apenas para divórcios finalizados antes de 1/1/2019.)

\$ _____

Com que frequência?

Pensão

\$ _____

Com que frequência?

Renda de agricultura/pesca

\$ _____

Com que frequência?

Seguridade social

\$ _____

Com que frequência?

Renda de imóveis/terrenos

\$ _____

Com que frequência?

Contas de aposentadoria

\$ _____

Com que frequência?

Outra renda, insira:

\$ _____

Com que frequência?

31. **Deduções:** Preencha todos os campos válidos e forneça o valor e qual a frequência que você faz o pagamento. Se você 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 você paga, ou um custo já considerado em sua resposta sobre a renda autônoma líquida (pergunta 29b).

Pensão alimentícia paga (**Obs.:** Apenas para divórcios finalizados antes de 1/1/2019.)

\$ _____

Com que frequência?

Outros descontos, insira:

\$ _____

Com que frequência?

Juros de empréstimo a estudante

\$ _____

Com que frequência?

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

Sua renda total neste ano

\$ _____

Sua renda total no próximo ano (se você acha que será diferente)

\$ _____

Marque se achar que sua renda será difícil de prever.

Muito obrigado! Isto é tudo o que precisamos saber sobre você.

? **PRECISA DE AJUDA COM A SUA SOLICITAÇÃO?** Acesse [HealthCare.gov](https://www.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. Mesmo que você não declare imposto de renda, lembre-se de incluir os membros do grupo familiar que moram com você. Consulte a página 1 para obter mais informações sobre quem incluir.

1. Nome Nome do meio Sobrenome Sr./Sra.

2. Relacionamento com a PESSOA 1? *Veja as instruções.*

3. A PESSOA 2 é casada? Sim Não

4. Data de nascimento (dd/mm/aaaa)

5. Sexo Feminino Masculino

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 ao itens a até c. **NÃO. Se não**, pule para o item 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 faz 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 tem algum distúrbio físico, mental ou emocional de saúde que limite suas atividades (como tomar banho, vestir-se, fazer as tarefas diárias etc.), necessidades especiais de saúde ou mora em um estabelecimento médico ou casa de repouso? Sim Não

12. A PESSOA 2 é residente ou cidadão(n) 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 b. Número de certificado 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: Tipo de status (opcional): Escreva o nome da PESSOA 2 conforme aparece no documento de imigração.

Número de identificação de estrangeiro ou número I-94 Número de cartão ou de passaporte

SEVIS ID ou data de validade (opcional) Outro (código de categoria ou país de emissão)

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? *(Marque "sim" se a PESSOA 2 ou seu cônjuge cuida desse menor.)* 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.)*

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:

18. 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:

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

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

21. 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



Passo 2: PESSOA 2

Informe qualquer renda que a PESSOA 2 recebe. 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 pelo item 23. **Desempregado:** Pule para o item 33. **Trabalhador autônomo:** Pule para o item 32.

Emprego atual 1:

23. Nome do empregador

a. Endereço do empregador (opcional)

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 (opcional)

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 trabalhadora autônoma, preencha a e b:

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
\$ _____ Com que frequência? _____ | <input type="radio"/> Pensão alimentícia recebida (Obs.: Apenas para divórcios finalizados antes de 1/1/2019.)
\$ _____ Com que frequência? _____ |
| <input type="radio"/> Pensão
\$ _____ Com que frequência? _____ | <input type="radio"/> Renda de agricultura/pesca
\$ _____ Com que frequência? _____ |
| <input type="radio"/> Seguridade social
\$ _____ Com que frequência? _____ | <input type="radio"/> Renda de imóveis/terrenos
\$ _____ Com que frequência? _____ |
| <input type="radio"/> Contas de aposentadoria
\$ _____ Com que frequência? _____ | <input type="radio"/> Outra renda, insira: _____
\$ _____ Com que frequência? _____ |

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 31b)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Pensão alimentícia paga (Obs.: Apenas para divórcios finalizados antes de 1/1/2019.)
\$ _____ Com que frequência? _____ | <input type="radio"/> Outros descontos, insira: _____
\$ _____ Com que frequência? _____ |
| <input type="radio"/> Juros de empréstimo a estudante
\$ _____ Com que frequência? _____ | |

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

\$ _____

Marque se achar que sua renda será difícil de prever.

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



Passo 3: Membro(s) do grupo familiar que é(são) índio(s) americano(s) ou nativo(s) do Alasca (AI/AN)

1. Você ou alguém do seu grupo familiar é índio(a) americano(a) ou nativo(a) 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 saúde do seu grupo familiar

1. 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

5 anos? Sim Não

Quem?

Alguém nesta solicitação pediu cobertura durante o Período de inscrição aberta do Marketplace ou após mudanças de vida válidas? Sim Não

Quem?

2. 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. Marque não se a única cobertura oferecida for COBRA.

- SIM. Continue e então complete o Apêndice A. NÃO.

Se sim, é um plano de benefícios para funcionários estaduais? Sim Não

A cobertura individual por Acordo de Reembolso de Saúde (HRA) ou HRA para Pequenos Empregadores Qualificados (QSEHRA) foi oferecida para alguma pessoa listada na solicitação?

- Sim Não

3. Alguém tem uma cobertura de saúde agora?

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

4. 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



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 ajudar a determinar sua elegibilidade para a ajuda com o pagamento pela cobertura nos próximos anos, você pode concordar em permitir que o Marketplace use dados de renda atualizados, incluindo informações provenientes de declarações do imposto de renda. O Marketplace enviará um aviso e permitirá que você faça qualquer alteração. O Marketplace fará uma verificação para certificar-se de que você ainda é elegível, e pode precisar pedir que você confirme que sua renda ainda o(a) qualifica. Você pode retirar seu consentimento a qualquer momento.

Se não, atualize minhas informações automaticamente para os próximos: 5 anos 4 anos 3 anos 2 anos 1 ano

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.)

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 alguma pessoa incluída na sua solicitação for inscrita na cobertura do Marketplace, e mais tarde determinar-se que tem outra cobertura qualificada (como Medicare, Medicaid ou CHIP), o Marketplace encerrará automaticamente sua cobertura pelo plano do Marketplace. Isso ajuda a garantir que nenhuma pessoa que tenha outra cobertura qualificada continue inscrita na cobertura do Marketplace e precise pagar o custo integral.

- Eu concordo em permitir que o Marketplace encerre a cobertura do Marketplace das pessoas na minha solicitação que estejam nessa situação.
- Eu não dou permissão para que o Marketplace encerre a cobertura do Marketplace nessa situação. Entendo que as pessoas afetadas na minha solicitação não serão mais elegíveis para a ajuda financeira e terão que pagar pelo custo integral do seu plano do Marketplace.

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](https://www.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 [hhs.gov/ocr/office/file](https://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 a ajuda para 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 (IRS), Seguro Social, Departamento Nacional de Segurança e/ou agência de proteção ao crédito. Se as informações não coincidirem, podemos pedir a você que nos envie uma confirmação.

O que eu devo fazer se achar que a notificação de elegibilidade está errada?

Se não concorda com a sua elegibilidade, em muitos casos, você pode solicitar uma apelação. Revise a notificação de elegibilidade para obter instruções de apelação específicas para cada pessoa do seu grupo familiar que solicite cobertura, incluindo o número de dias que você tem para fazer a 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/](https://www.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, Attn: Appeals, 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)

Se você estiver assinando esta solicitação fora do período aberto de inscrições (entre 1º de novembro e 15 de janeiro), 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
Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001



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

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)

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 resewa 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.



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**.

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

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 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。

Declaração da lei PRA: De acordo com a Lei para Redução de Documentos, de 1995, ninguém pode ser solicitado a responder a uma coleta de informações em papel, a menos que ela exiba um número de controle da OMB (Agência de Administração e Orçamento [Office of Management and Budget, OMB]). O número de controle da OMB válido para esta coleta de informações é o 0938-1191. O tempo necessário para preencher esta coleta de informações é estimado em cerca de 45 minutos por resposta, incluindo o tempo para revisar as instruções, pesquisar fontes de dados existentes, obter os dados necessários e preencher e revisar a coleta de informações. Se você tiver dúvidas a respeito da precisão do tempo estimado ou sugestões para melhorar este formulário, escreva para: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Apêndice A: Cobertura de saúde empresarial

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. Você também não precisa responder essas perguntas se a única cobertura oferecida para alguém for a COBRA. 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"/>

Informações do empregado

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"/>

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"/>	

13. O empregador oferece cobertura de saúde para o empregado? Selecione "sim" se ele receberá uma oferta de cobertura no início do mês que vem, ou em 1º de janeiro se estiver fazendo a Inscrição Aberta.

SIM (Continue)

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

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



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

OBSERVAÇÃO: Se o prêmio mudar, volte e atualize sua solicitação.

*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.



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)

dd	mm	aaaa
----	----	------

2. Primeiro nome, nome do meio, sobrenome e tratamento (sr./sra.)

[Hatched area for name and title]									
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Nome da organização

[Hatched area for organization name]									
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Número da ID (se aplicável)

[Hatched area for ID number]									
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Somente para agentes/corretores: Número NPN

[Hatched area for NPN number]									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)

[Hatched area for authorized representative name]									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Endereço

[Hatched area for address]									
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Endereço residencial 2

[Hatched area for residential address 2]									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Cidade

[Hatched area for city]									
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Estado

[Hatched area for state]	
--------------------------	--

6. CEP

[Hatched area for ZIP code]			
-----------------------------	--	--	--

7. Número de telefone

([Hatched area for area code]		[Hatched area for phone number]		
---	------------------------------	--	---------------------------------	--	--

8. Nome da organização

[Hatched area for organization name]									
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Número da ID (se aplicável)

[Hatched area for ID number]									
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

[Hatched area for signature]									
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Data da assinatura (dd/mm/aaaa)

dd	mm	aaaa
----	----	------





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 passou por certas mudanças de vida, como perda da cobertura de saúde, casamento ou nascimento de uma criança, nos últimos 60 dias (OU se espera que isso aconteça nos próximos 60 dias), preencha esta página e inclua na sua solicitação preenchida e assinada. Determinadas mudanças de vida permitem que sua cobertura pelo Marketplace comece imediatamente. Também recomendamos que você responda a essas perguntas se estiver fazendo a solicitação fora da Inscrição Aberta.

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?

Nome(s) 	Data que a cobertura finalizou ou finalizará (dd/mm/aaaa)
-------------	---

2. Alguém se casou nos últimos 60 dias?

Nome(s) 	Data (dd/mm/aaaa)
-------------	-----------------------

a. Alguma dessas pessoas tinha qualificação de cobertura de saúde em qualquer momento nos últimos 60 dias? Sim Não

Se sim, insira seu(s) nome(s) aqui:

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

Nome(s) 	Data (dd/mm/aaaa)
-------------	-----------------------

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

Nome(s) 	Data (dd/mm/aaaa)
-------------	-----------------------

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

Nome(s) 	Data (dd/mm/aaaa)
-------------	-----------------------

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

Nomes 	Data (dd/mm/aaaa)
-----------	-----------------------

7. Alguém se mudou nos últimos 60 dias?

Nome(s) 	Data da transferência (dd/mm/aaaa)
-------------	--

a. Qual é o código postal (ZIP) do seu endereço anterior? Marque se você se mudou de outro país ou de um território dos EUA.

b. Alguma dessas pessoas tinha qualificação de cobertura de saúde em qualquer momento nos últimos 60 dias? Sim Não

Se sim, informe seus nomes abaixo:

Nome(s)