

**बालबालिका, गर्भवती, र माता-पिता/ रेखदेख गर्ने नातेदारले भर्ने मेडिकल सहायताको अतिरिक्त आवेदन (निवेश)**

तपाईं तलका स्वास्थ्य सुविधाका लागि छानिन सक्नुहुन्छ वा हुन्छ भनेर जान्न यो आवेदन पूरा गर्नुहोस्:

- न्यु ह्याम्पसर मेडिकेड प्रोग्राम (New Hampshire Medicaid program) मार्फत उपलब्ध मेडिकल सहायता ।
- तपाईंलाई स्वस्थ राख्न सहायताको प्रस्ताव गर्ने वृहत सुविधा भएको किरायाती निजी स्वास्थ्य बिमा योजनाहरू; वा
- तत्काल तपाईंको स्वास्थ्य बिमा (health coverage) को शुल्क तिर्न सहायता गर्न सक्ने नयाँ ट्याक्स क्रेडिट ।

**टिप्पणी: यदि तपाईं कुनै बालक/बालिकाको स्वास्थ्य-बिमाका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ, तपाईं गर्भवती हो, वा कुनै बालबालिकाको माता-पिता वा रेखदेख गर्ने नातेदार हो र उनका निम्ति स्वास्थ्य-बिमा चाहनुहुन्छ भने मात्र यो अतिरिक्त आवेदन (निवेश) पूरा गर्न आवश्यक छ ।**

तपाईं यो निवेश आफ्ना वा परिवारका अरु कसैका लागि आवेदन दिँदा प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ ।

- तपाईं वा नानीको स्वास्थ्य बिमा भए पनि तपाईंले मेडिकल सहायताको आवेदन दिन सक्नुहुन्छ । निःशुल्क वा कम लागतको बिमा सुविधाका लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ ।
- तपाईंको परिवारमा आप्रवासीहरू भए पनि तपाईंले आवेदन दिन सक्नुहुन्छ । बिमा सुविधाका लागि तपाईं अयोग्य भए पनि तपाईंका नानीहरूका लागि पनि तपाईंले आवेदन दिन सक्नुहुन्छ । आवेदन दिनाले तपाईंको आप्रवास दर्जा वा स्थायी बासिन्दा वा नागरिक हुने संभावना प्रभावित हुँदैन ।
- तपाईंले यो आवेदन पूरा गर्न कसैको सहयोग लिन सक्नुहुन्छ । यदि कसैले तपाईंलाई यो आवेदन पूरा गर्न सघाइरहनु भएको छ भने तपाईंले *खण्ड 'ठ' - आधिकारिक प्रतिनिधिको मुचुल्का* पूरा गर्नुपर्ने हुनसक्छ ।

**अनलाइन आवेदन HealthCare.gov वा nheasy.nh.gov बाट चाँडो दिन सक्नुहुन्छ ।**

तपाईंलाई यो निवेश पूरा गर्ने निम्न जानकारी चाहिन सक्छ:

- सोसल सेक्युरिटी नम्बरहरू (वा बिमा गर्न चाहिने कुनै कानुनी आप्रवासीको कागजात नम्बरहरू)
- परिवारमा सबैका रोजगारदाता र आयको जानकारी (उदाहरण: ज्यालाको भुक्तान रसिद, डब्लु-२ फारम, वा ज्याला र करका विवरण)
- कुनै पनि भइरहेका स्वास्थ्य बिमाका पलिसी नम्बरहरू, र
- तपाईंको परिवारका लागि उपलब्ध कुनै जागिरसँग सम्बन्धित बिमाको जानकारी ।

**तपाईं कुन सुविधाका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा त्यसको भुक्तानीका लागि सहायता पाउनु हुन्छ/हुन्न भनेर तपाईंलाई जनाउन हामी आय र अन्य जानकारी माग्छौं । तपाईंले दिएका जानकारी कानुनको अनिवार्य गरेअनुसार हामी निजी र सुरक्षित राख्छौं ।**

यो अतिरिक्त आवेदन पूरा गरेपछि:

- तपाईंले यो आवेदन डिएफए फारम ८००, *सहायताका लागि आवेदनसहित* आफ्नो स्थानीय डिस्ट्रिक्ट अफिसमा बुझाउनुहोस् ।
- हामीले मागेका जानकारी तपाईंसँग नभए, जसरी पनि डिएफए फारम ८००, *सहायताका लागि आवेदनसहित* यो आवेदन बुझाउनुहोस् । हामी १-२ हप्तामा अनुगमन गर्छौं ।
- तपाईंले स्वास्थ्य बिमाको आवेदन पूरा गर्दा अब आउने चरणहरूमा के गर्नुपर्छ भनी सिकाउने निर्देशनहरू पाउनुहुनेछ । हामीबाट १ देखि २ हप्तासम्म केही सुन्नु भएन भने १-८००-८५२-३३४५ एक्स्टेन्सन ९७०० मा फोन गर्नुहोस् ।

कसरी तपाईंले यो अतिरिक्त आवेदन पूरा गर्न सहायता पाउन सक्नुहुन्छ:

- **फोन गरेर:** ग्राहक सेवाको १-८००-८५२-३३४५ एक्स्टेन्सन ९७०० मा फोन गरेर ।
- **आफै गरेर:** तपाईंको क्षेत्रमा सहायता गर्ने परामर्शदाता हुनसक्छन् । बढी जानकारीलाई १-८००-८५२-३३४५ एक्स्टेन्सन ९७०० मा फोन गर्नुहोस् ।
- **En Espanol:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-800- 852-3345 ext. 9700.

**यदि तपाईं अरु कार्यक्रमहरू, जस्तै: फूड स्ट्याम्पस, नगद, वा शिशु स्याहारका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ भने तपाईंले डिएफए फारम ८००, *सहायताका लागि आवेदन* पनि भरेर बुझाउनु पर्छ । तपाईंले यी कार्यक्रमहरूका लागि [www.nheasy.nh.gov](http://www.nheasy.nh.gov) बाट अनलाइन आवेदन दिन सक्नुहुन्छ ।**

**यो अतिरिक्त आवेदन दिँदा तपाईंले कस-कसलाई समावेश गर्न जरूरी हुन्छ ?**

तपाईंसँग बस्ने सबै परिवारका सदस्यहरूबारे बताउनुहोस् । तपाईं योग्य हुने सहायताको परिणाम वा कार्यक्रमको प्रकार तपाईंको परिवार संख्या र सबैको आमदानीमा भर पर्छ । यो जानकारीबाट हामीलाई परिवारका सबैले सक्दो उत्कृष्ट सुविधा पाउने पक्का गर्न सहयोग पुग्छ । यदि तपाईं कर दाखिला गर्नुहुन्छ भने तपाईंको कर दाखिलामा सबै जनाबारे हामीले जान्नुपर्छ । (स्वास्थ्योपचार सुविधा पाउन तपाईंले कर दाखिला गर्नुपर्दैन ।)

**यो समावेश गर्नुहोस्:**

- आफ्नैबारे ।
- तपाईंको श्रीमान / श्रीमति ।
- तपाईंसँग बस्ने २१ वर्षमुनिका तपाईंका बालबच्चा ।
- तपाईंको अविवाहित सहवासी यदि दुवैतर्फ सन्तान छन् वा उनलाई चिकित्सा सुविधा चाहिँन्छ ।
- तपाईंसँग नबस्ने तर जसलाई कर दाखिलामा समावेश गर्नुहुन्छ ।
- २१ वर्षमुनिको जोकोही जसको तपाईं स्याहार गर्नुहुन्छ वा जो तपाईंसँग बस्छ ।

**तपाईंले यो समावेश गर्नुपर्दैन:**

- तपाईंको अविवाहित सहवासी जोसँग तपाईंसँग साझा सन्तान छैनन् र जसलाई चिकित्सा सुविधा चाहिँदैन ।
- तपाईंको अविवाहित सहवासीका बालबच्चा ।
- आफ्नो कर दाखिला गर्ने तपाईंसँगै बस्ने तपाईंका अभिभावक (यदि तपाईं २१ वर्षभन्दा जेठो हुनुहुन्छ)
- आफ्नो कर दाखिला गर्ने अरु उमेर पुगेको नातेदारहरू ।

## खण्ड क - घरपरिवारका सदस्यहरू

आफनाबारे बाट शुरू गर्दै श्रीमान / श्रीमती, अनि तपाईंसँग बस्ने वा तपाईंको संघीय कर-दाखिलामा दाबी गर्ने परिवारका प्रत्येक सदस्यबारे जानकारी दिँदै खण्ड क पूरा गर्नुहोस् । यदि तपाईंको परिवारको सदस्य संख्या २ भन्दा बढी छ भने यो पानाको प्रतिलिपि निकाल्नुहोस् र अतिरिक्त सदस्यहरूबारे प्रतिलिपि गरिएका पानामा लेख्नुहोस् । तपाईंले यस आवेदनका साथ प्रतिलिपिका सबै पाना(हरू) पेश गर्नुपर्छ ।

### पहिलो व्यक्ति

नाम, मध्यनाम र थर: \_\_\_\_\_  पुरुष  महिला

तपाईंसँगको नाता: **आफैं** जन्ममिति: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ सोसल सेक्युरिटी नम्बर \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ --

के यी व्यक्तिले अर्को वर्ष कर दाखिला गर्ने योजना बनाएका छन् ?  छन्  छैनन्  
 यदि छ भने के यी व्यक्तिले दम्पतिसहित एकमुष्ट कर दाखिला गर्छन् ?  गर्छन्  गर्दैनन्  
 श्रीमान/श्रीमतीको नाम: \_\_\_\_\_  
 यो कर दाखिलामा कोही निर्भरका रूपमा दाबी गरिने भए, नाम (हरू) लेख्नुहोस्: \_\_\_\_\_

**जाति (स्वेच्छिक)** गोरा  बल्याक वा अफ्रिकन अमेरिकन   
 मेक्सिकन  मेक्सिकन अमेरिकन  चिकानो / ए   
 पुअर्टो रिकन  क्युबेन  अरू हिस्प्यानिक / ल्याटिनो   
 अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काका रैथाने  समोअन   
 हवाईका रैथाने  गुआमानियन वा चमोर्रो   
 फिलिपिनो  अन्य प्यासिफिक आइल्यान्डर  एसियन इन्डियन   
 कोरियन  चाइनिज  भियतनामिज  जापानिज   
 अन्य एसियन  अन्य: \_\_\_\_\_

के अरूले कर दाखिला गर्दा तपाईंलाई निर्भरका रूपमा दाबी गर्छन् ?  गर्छन्  गर्दैनन्  
 यदि गर्छन् भने कर दाखिला गर्ने व्यक्तिको नाम के हो ? \_\_\_\_\_  
 कर दाखिला गर्ने व्यक्तिसँग नाता के हो ? \_\_\_\_\_

गर्भवति हो ?  हो  होइन यदि हो, बच्चा जन्मने मिति ? \_\_\_\_\_ कति वटा बच्चा जन्मने आशा गर्नु भएको छ, यदि थाहा छ भने ? \_\_\_\_\_  
 के यी व्यक्तिलाई स्वास्थ्य-बिमा चाहिन्छ ?  चाहिन्छ  चाहिँदैन (चाहिँदैन, यही रोक्नुहोस् ।) के यी व्यक्ति नर्सिङ सुविधामा बस्नुहुन्छ ?  बस्नुहुन्छ  बस्नुहुन्न  
 के यी व्यक्ति शारीरिक, मानसिक वा भावनात्मक स्वास्थ्य अवस्था भएका कारण गतिविधिमा सीमित मात्रामा सहभागी हुन्छन् ?  हुन्छन्  हुँदैनन्  
 के यी व्यक्ति अमेरिकी नागरिक वा राष्ट्रिय हुन् ?  हुन्  होइनन् यदि होइनन्, यी व्यक्ति कानुनी आप्रवासी अवस्थामा छन् ?  छन्  छैनन्  
 आप्रवासी दस्तावेज/प्रमाणपत्रको प्रकार: \_\_\_\_\_ दस्तावेजको नम्बर # \_\_\_\_\_

के यी व्यक्ति सन् १९९६ पछि अमेरिकामा बस्न थालेका हुन् ?  हुन्  होइनन्  
 के यी व्यक्ति वा दम्पति वा उनका माता-पिता पूर्व अमेरिकी सैनिक वा हालका हुन् ?  हुन्  होइनन्  
 के यी व्यक्तिसँग गएको तीन महिनाका भुक्तान गर्न बाँकी मेडिकल बिलहरू छन् ?  छन्  छैनन्  
 के यी व्यक्ति १९ वर्षमुनिको कम्तिमा एक बच्चासँग बस्नुहुन्छ, र उनी नै ती बच्चा स्याहार्ने व्यक्ति हुन् ?  हुन्  होइनन्  
 के यी व्यक्ति पूर्णकालिन छात्र/छात्रा हुन् ?  हुन्  होइनन् के यी व्यक्ति १८ वर्ष वा बढी हुँदासम्म आश्रयमा थिए ?  थिए  थिएनन्

### दोस्रो व्यक्ति

नाम, मध्यनाम र थर: \_\_\_\_\_  पुरुष  महिला

तपाईंसँगको नाता: \_\_\_\_\_ जन्ममिति: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ सोसल सेक्युरिटी नम्बर \_\_\_\_ -- \_\_\_\_ --

के यी व्यक्तिले अर्को वर्ष कर दाखिला गर्ने योजना बनाएका छन् ?  छन्  छैनन्  
 यदि छ भने के यी व्यक्तिले दम्पतिसहित एकमुष्ट कर दाखिला गर्छन् ?  गर्छन्  गर्दैनन्  
 श्रीमान/श्रीमतीको नाम: \_\_\_\_\_  
 यो कर दाखिलामा कोही निर्भरका रूपमा दाबी गरिने भए, नाम (हरू) लेख्नुहोस्: \_\_\_\_\_

**जाति (स्वेच्छिक)** गोरा  बल्याक वा अफ्रिकन अमेरिकन   
 मेक्सिकन  मेक्सिकन अमेरिकन  चिकानो / ए   
 पुअर्टो रिकन  क्युबेन  अरू हिस्प्यानिक / ल्याटिनो   
 अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काका रैथाने  समोअन   
 हवाईका रैथाने  गुआमानियन वा चमोर्रो   
 फिलिपिनो  अन्य प्यासिफिक आइल्यान्डर  फिलिपिनो   
 कोरियन  चाइनिज  कोरियन  चाइनिज   
 अन्य एसियन  अन्य: \_\_\_\_\_

के अरूले कर दाखिला गर्दा तपाईंलाई निर्भरका रूपमा दाबी गर्छन् ?  गर्छन्  गर्दैनन्  
 यदि गर्छन् भने कर दाखिला गर्ने व्यक्तिको नाम के हो ? \_\_\_\_\_  
 कर दाखिला गर्ने व्यक्तिसँग नाता के हो ? \_\_\_\_\_

गर्भवति हो ?  हो  होइन यदि हो, बच्चा जन्मने मिति ? \_\_\_\_\_ कति वटा बच्चा जन्मने आशा गर्नु भएको छ, यदि थाहा छ भने ? \_\_\_\_\_  
 के यी व्यक्तिलाई स्वास्थ्य-बिमा चाहिन्छ ?  चाहिन्छ  चाहिँदैन (चाहिँदैन, यही रोक्नुहोस् ।) के यी व्यक्ति नर्सिङ सुविधामा बस्नुहुन्छ ?  बस्नुहुन्छ  बस्नुहुन्न  
 के यी व्यक्ति शारीरिक, मानसिक वा भावनात्मक स्वास्थ्य अवस्था भएका कारण गतिविधिमा सीमित मात्रामा सहभागी हुन्छन् ?  हुन्छन्  हुँदैनन्  
 के यी व्यक्ति अमेरिकी नागरिक वा राष्ट्रिय हुन् ?  हुन्  होइनन् यदि होइनन्, यी व्यक्ति कानुनी आप्रवासी अवस्थामा छन् ?  छन्  छैनन्  
 आप्रवासी दस्तावेज/प्रमाणपत्र को प्रकार: \_\_\_\_\_ दस्तावेजको नम्बर # \_\_\_\_\_

के यी व्यक्ति सन् १९९६ पछि अमेरिकामा बस्न थालेका हुन् ?  हुन्  होइनन्  
 के यी व्यक्ति वा दम्पति वा उनका माता-पिता पूर्व अमेरिकी सैनिक वा हालका हुन् ?  हुन्  होइनन्  
 के यी व्यक्तिसँग गएको तीन महिनाका भुक्तान गर्न बाँकी मेडिकल बिलहरू छन् ?  छन्  छैनन्  
 के यी व्यक्ति १९ वर्षमुनिको कम्तिमा एक बच्चासँग बस्नुहुन्छ, र उनी नै ती बच्चा स्याहार्ने व्यक्ति हुन् ?  हुन्  होइनन्  
 के यी व्यक्ति पूर्णकालिन छात्र/छात्रा हुन् ?  हुन्  होइनन् के यी व्यक्ति १८ वर्ष वा बढी हुँदासम्म आश्रयमा थिए ?  थिए  थिएनन्

**खण्ड ख - रोजगारी**

तपाईंका घरका सबैको प्रत्येक जागिर, वा तपाईंले कर दाखिलामा दाबी गर्ने जो कोहीबारे बताएर **खण्ड ख** पूरा गर्नुहोस् । यदि तपाईंको २ भन्दा जागिर छन् भने यो पानाको प्रतिलिपि निकाल्नुहोस् र प्रतिलिपि गरिएका पानामा ती जागिरबारे **खण्ड ख** मा लेख्नुहोस् । यदि कोही स्वरोजगार छ भने उक्त जानकारी **खण्ड ग** मा भर्नुहोस्, यहाँ होइन ।

**पहिलो जागिर**

रोजगारको नाम: \_\_\_\_\_

रोजगारदाताको नाम: \_\_\_\_\_

रोजगारदाताको ठेगाना: \_\_\_\_\_ फोन #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

सिटी (नगर) \_\_\_\_\_ राज्य (स्टेट) \_\_\_\_\_ जिप कोड \_\_\_\_\_

कुल ज्याला / बकस (कर काटिनुअघि):\$ \_\_\_\_\_  प्रतिघन्टा  साप्ताहिक  प्रत्येक २ हप्ता  मासिक  महिनामा २ पटक  वार्षिक

प्रत्येक हप्ता औसत घन्टा काम: \_\_\_\_\_

गत वर्ष यी व्यक्तिले यसो गरेका हुन्:  काम फेरेको  काम छाडेको  थोरै घन्टा काम गर्न थालेको  यीमध्ये कुनै पनि होइन

यदि तपाईंको आय महिनापिच्छे फरक-फरक हुन्छ भने तल तपाईंको वार्षिक आय लेख्नुहोस्:

यो वर्षको कुल आय: \$ \_\_\_\_\_ अर्को वर्षको तपाईंको कुल आय (यदि तपाईंलाई आय फरक हुन्छ भन्ने लाग्छ भने): \$ \_\_\_\_\_

**दोस्रो जागिर**

रोजगारको नाम: \_\_\_\_\_

रोजगारदाताको नाम: \_\_\_\_\_

रोजगारदाताको ठेगाना: \_\_\_\_\_ फोन #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

सिटी (नगर) \_\_\_\_\_ राज्य (स्टेट) \_\_\_\_\_ जिप कोड \_\_\_\_\_

कुल ज्याला / बकस (कर काटिनुअघि):\$ \_\_\_\_\_  प्रतिघन्टा  साप्ताहिक  प्रत्येक २ हप्ता  मासिक  महिनामा २ पटक  वार्षिक

प्रत्येक हप्ता औसत घन्टा काम: \_\_\_\_\_

गत वर्ष यी व्यक्तिले यसो गरेका हुन्:  काम फेरेको  काम छाडेको  थोरै घन्टा काम गर्न थालेको  यीमध्ये कुनै पनि होइन

यदि तपाईंको आय महिनापिच्छे फरक-फरक हुन्छ भने तल तपाईंको वार्षिक आय लेख्नुहोस्:

यो वर्षको कुल आय: \$ \_\_\_\_\_ अर्को वर्षको कुल आय (यदि तपाईंलाई आय फरक हुन्छ भन्ने लाग्छ भने): \$ \_\_\_\_\_

**खण्ड ग - स्वरोजगार**

गत वर्षका घरका सबै स्वरोजगार, वा तपाईंले कर दाखिलामा दाबी गर्ने सदस्यबारे भरेर **खण्ड ग** पूरा गर्नुहोस् । तपाईंलाई २ जनाभन्दा बढी स्वरोजगारको जानकारी दिनु परे, यो पानाको प्रतिलिपि निकाल्नुहोस् र प्रतिलिपि गरिएका पानामा ती जागिरबारे **खण्ड ग** मा लेख्नुहोस् । त्यसपछि तपाईंले यस आवेदनका साथ सबै पाना(हरू) पेश गर्नुपर्छ ।

**पहिलो स्वरोजगारी**

स्वरोजगार व्यक्तिको नाम: \_\_\_\_\_

कामको प्रकार: \_\_\_\_\_

तपाईंले स्वरोजगारीबाट यो महिना कति कुल आम्दानी (व्यावसायिक खर्चहरू चुक्ता गरेपछिको बचतहरू) गर्नुहुनेछ ? \$ \_\_\_\_\_

यो वर्षको कुल आय: \$ \_\_\_\_\_ अर्को वर्षको कुल आय (यदि तपाईंलाई आय फरक हुन्छ भन्ने लाग्छ भने): \$ \_\_\_\_\_

**दोस्रो स्वरोजगारी**

स्वरोजगार व्यक्तिको नाम: \_\_\_\_\_

कामको प्रकार: \_\_\_\_\_

तपाईंले स्वरोजगारीबाट यो महिना कति कुल आम्दानी (व्यावसायिक खर्चहरू चुक्ता गरेपछिको बचतहरू) गर्नुहुनेछ ? \$ \_\_\_\_\_

यो वर्षको कुल आय: \$ \_\_\_\_\_ अर्को वर्षको कुल आय (यदि तपाईंलाई आय फरक हुन्छ भन्ने लाग्छ भने): \$ \_\_\_\_\_

**खण्ड घ - कटौतीहरू**

घरका प्रत्येक, वा तपाईंले करमा दाबी गर्ने सदस्य, जसलाई कर कटौतीमा दाबी गरिन्छ, जस्तो: भृति (एलिमोनी) वा छात्र/छात्रा ऋणको ब्याज भरेर **खण्ड घ** पूरा गर्नुहोस् । तपाईंलाई २ जनाभन्दा बढी जो कर दाखिला र दाबी कटौती गर्छन्, उनीहरूबारे जानकारी दिनु परे, यो पानाको प्रतिलिपि निकाल्नुहोस् र प्रतिलिपि गरिएका पानामा कटौतीबारे **खण्ड घ** मा लेख्नुहोस् । त्यसपछि तपाईंले यस आवेदनका साथ सबै पाना(हरू) पेश गर्नुपर्छ ।

**पहिलो कर दाखिला-कर्ता**

नाम-थर: \_\_\_\_\_

कटौतीको प्रकार: \_\_\_\_\_ कति ? \$ \_\_\_\_\_ कति पटक ? \_\_\_\_\_

कटौतीको प्रकार: \_\_\_\_\_ कति ? \$ \_\_\_\_\_ कति पटक ? \_\_\_\_\_

**दोस्रो कर दाखिला-कर्ता**

नाम-थर: \_\_\_\_\_

कटौतीको प्रकार: \_\_\_\_\_ कति ? \$ \_\_\_\_\_ कति पटक ? \_\_\_\_\_

कटौतीको प्रकार: \_\_\_\_\_ कति ? \$ \_\_\_\_\_ कति पटक ? \_\_\_\_\_

### खण्ड ड - हालको स्वास्थ्य बिमा

तपाईंले जुन व्यक्तिका लागि स्वास्थ्य-बिमाका लागि आवेदन दिँदै हुनुहुन्छ, उनीहरूको अर्को बिमा भए पनि खण्ड ड मा उनीहरूबारे मात्र जवाफ दिनुपर्छ । हामीलाई जानकारी दिनुपर्ने तपाईंका दुईभन्दा बढी अतिरिक्त स्वास्थ्य-बिमा छन् भने यो पानाको प्रतिलिपि निकाल्नुहोस् र प्रतिलिपि गरिएका पानामा अतिरिक्त स्वास्थ्य-बिमाबारे खण्ड ड मा लेख्नुहोस् । त्यसपछि तपाईंले यस आवेदनका साथ सबै पाना(हरू) पेश गर्नुपर्छ ।

<b>पहिलो स्वास्थ्य बिमा</b>	स्वास्थ्य-बिमाका प्रकार:	<input type="checkbox"/> मेडिकेड	<input type="checkbox"/> चिल्ड्रेन्स हेल्थ इन्स्योरेन्स प्रोग्राम (चिप)
<input type="checkbox"/> भीए हेल्थ केयर प्रोग्राम्स	<input type="checkbox"/> पिस कर्प	<input type="checkbox"/> मेडिकेयर	<input type="checkbox"/> ट्राइकेयर (तपाईंलाई लाइन अफ इयुटीको प्रत्यक्ष सेवा भए चिन्ह नलगाउनुहोस् ।)
<input type="checkbox"/> रोजगार बिमा	स्वास्थ्य बिमाको नाम: _____		पलिसी #: _____
यदि यो रोजगार बिमा हो, के यसको नाम कोब्रा बिमा हो ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन			के यो सेवा-निवृत्तको स्वास्थ्य सेवा हो ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
<input type="checkbox"/> अन्य बिमा	स्वास्थ्य बिमाको नाम: _____		पलिसी #: _____
यदि अन्य बिमा हो, के यो सीमित सुविधा योजना मात्र हो (जस्तो: स्कूल दुर्घटना बिमा) ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन			
यो बिमाअन्तर्गत सुविधा पाउने परिवारका सबैजनाको सूची बनाउनुहोस्: _____			

<b>दोस्रो स्वास्थ्य बिमा</b>	स्वास्थ्य-बिमाका प्रकार:	<input type="checkbox"/> मेडिकेड	<input type="checkbox"/> चिल्ड्रेन्स हेल्थ इन्स्योरेन्स प्रोग्राम (चिप)
<input type="checkbox"/> भीए हेल्थ केयर प्रोग्राम्स	<input type="checkbox"/> पिस कर्प	<input type="checkbox"/> मेडिकेयर	<input type="checkbox"/> ट्राइकेयर (तपाईंलाई लाइन अफ इयुटीको प्रत्यक्ष सेवा भए चिन्ह नलगाउनुहोस् ।)
<input type="checkbox"/> रोजगार बिमा	स्वास्थ्य बिमाको नाम: _____		पलिसी #: _____
यदि यो रोजगार बिमा हो, के यसको नाम कोब्रा बिमा हो ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन			के यो सेवा-निवृत्तको स्वास्थ्य सेवा छ ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन
<input type="checkbox"/> अन्य बिमा	<input type="checkbox"/> अन्य बिमा		<input type="checkbox"/> अन्य बिमा
यदि अन्य बिमा हो, के यो सीमित सुविधा योजना मात्र हो (जस्तो: स्कूल दुर्घटना बिमा) ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होइन			
यो बिमाअन्तर्गत सुविधा पाउने परिवारका सबैजनाको सूची बनाउनुहोस्: _____			

### खण्ड च - कामबाट पाइएको स्वास्थ्य बिमा

यदि कसैले जागिरबाट स्वास्थ्य-बिमा पाएर पनि यो आवेदनमा स्वास्थ्य-बिमाका मागदैं हुनुहुन्छ भने खण्ड च पूरा गर्नुहोस् । उक्त सेवा अरु कसैको जागिरबाट (जस्तो: दम्पतिको जागिरबाट) हुनसक्छ । तपाईं जागिरबाट स्वास्थ्य सुविधा पाइरहनु भएको, वा आउँदो ३ महिनाभित्र उक्त सेवाका लागि योग्य हुने स्वास्थ्य बिमा मात्र समावेश गर्नुहोस् । तपाईंलाई सुविधा प्रस्ताव गर्ने आफ्ना रोजगारदातासँग, जो यो निवेशको अन्तिम पेज (खण्ड ड) को रोजगारदाता सुविधा सामग्री (Employer Coverage Tool) लिएर जानुहोस्, जसले यी प्रश्नहरूको जवाफ दिन सहायता गर्छन् । तपाईंले यो आवेदन पठाउँदा यो पेज मात्र समावेश गर्नुपर्छ, रोजगारदाता सुविधा सामग्री पर्दैन ।

<b>रोजगारबाट पहिलो बिमा</b>	स्वास्थ्य-बिमा प्रस्ताव गरिएको व्यक्तिको नाम: _____
यो व्यक्तिको सोसल सेक्युरिटी नम्बर कति हो ? _____ -- _____ -- _____	
रोजगारदाताको नाम: _____	रोजगारदाताको फोन #: (_____) -- _____ -- _____
रोजगारदाताको ठेगाना: _____	
सिटी (नगर): _____	राज्य (स्टेट): _____
जिपकोड: _____	रोजगारदाताको आइडी # (इआइएन): _____
हामीले जागिरमा कर्मचारीको स्वास्थ्य सुविधाबारे कसलाई सम्पर्क गर्न सक्छौं ? _____	
फोन # (माथिभन्दा भिन्न भए): (_____)--_____-_____-_____	इमेल एड्रेस: _____
अहिले सेवा-योग्य हुनुहुन्छ भने कहिलेदेखि यो व्यक्ति सुविधामा संलग्न हुन सक्नुहुन्छ ? ____/____/____	
जागिरबाट सुविधामा योग्य जो कोही भए, उनीहरूको नामहरू लेख्नुहोस्: _____	
के रोजगारदाताले प्रस्ताव गरेका छन्, जसले स्वास्थ्य बिमाले न्युनतम स्तरको मापदण्ड पूरा गर्छ*? <input type="checkbox"/> गर्छ <input type="checkbox"/> गर्दैन	
यदि ती व्यक्ति जसले रोजगार मात्रको बिमाका रूपमा किफायती स्वास्थ्य बिमाको प्रस्ताव गरेका छन्, जसले बिमाले न्युनतम स्तरको मापदण्ड पूरा गर्छ भने यो व्यक्तिले बिमाका लागि बिमा-शुल्क (प्रिमियम) कति तिर्नुपर्छ ? \$ _____ कति पटक ? _____	
रोजगारदाताले स्वास्थ्य-बिमामा नयाँ वर्षका लागि तलका कुनै फेरबदलको प्रस्ताव गर्दैछन् (यदि थाहा छ भने):	
<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्ने छैनन्	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्न थाल्दैछन्
<input type="checkbox"/> कर्मचारीका लागि मात्र** न्युनतम स्तरको मापदण्ड* पूरा गर्ने उपलब्ध न्युन-मूल्यको बिमाका शुल्कमा फेरबदल गर्दैछन् ।	
रोजगारदाताले स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्न थाल्दैछन्, वा कर्मचारीका लागि मात्र** न्युन-मूल्यको बिमाका शुल्कमा फेरबदल गर्दैछन् भने:	
यो बिमाका लागि बिमा-शुल्क (प्रिमियम) कति तिर्नुपर्नेछ ? \$ _____ कति पटक ? _____ फेरबदलको मिति: _____	

\* यदि बिमा योजनाको अंशले कुल अनुमति प्राप्त लाभ लागूको ६० प्रतिशतभन्दा कम बेहोर्दैन भने रोजगारदाताबाट मिल्ने स्वास्थ्य बिमा जसले "न्युनतम स्तरको मापदण्ड" पूरा गर्छ । (सन् १९८६ को इन्टरनल रिभ्यु संविधानको धारा ३६ बी(सी)(२)(सी)(iii))

\*\* यदि कुनै सुर्तीजन्य नशा उन्मुलन कार्यक्रम छ, र यी व्यक्तिले सु-स्वास्थ्य कार्यक्रममार्फत अन्य कुनै छुट पाएको छैन भने कर्मचारीका लागि मात्रको किफायती बिमामा ती व्यक्तिले अधिकतम छुट पाएको हुनुपर्छ ।

<b>रोजगारबाट दोस्रो बिमा</b>	स्वास्थ्य-बिमा प्रस्ताव गरिएको व्यक्तिको नाम: _____
यो व्यक्तिको सोसल सेक्युरिटी नम्बर कति हो ? _____ -- _____ -- _____	
रोजगारदाताको नाम: _____	रोजगारदाताको फोन #: (_____) -- _____ -- _____
रोजगारदाताको ठेगाना: _____	
सिटी (नगर): _____	राज्य (स्टेट): _____ जिपकोड: _____ रोजगारदाताको आइडी # (इआइएन): _____
हामीले जागिरमा कर्मचारीको स्वास्थ्य सुविधाबारे कसलाई सम्पर्क गर्न सक्छौं ? _____	
फोन # (माथिभन्दा भिन्न भए): (_____)--____--_____	इमेल एड्रेस: _____
अहिले सेवा-योग्य हुनुहुन्छ भने कहिलेदेखि यो व्यक्ति सुविधामा संलग्न हुन सक्नुहुन्छ ? ____/____/____	
जागिरबाट सुविधामा योग्य जो कोही भए, उनीहरूको नामहरू लेख्नुहोस्: _____	
के रोजगारदाताले प्रस्ताव गरेका छन्, जसले स्वास्थ्य बिमाले न्यूनतम स्तरको मापदण्ड पूरा गर्छ? <input type="checkbox"/> गर्छ <input type="checkbox"/> गर्दैन	
यदि ती व्यक्ति जसले रोजगार मात्रको बिमाका रूपमा किफायती स्वास्थ्य बिमाको प्रस्ताव गरेका छन्, जसले बिमाले न्यूनतम स्तरको मापदण्ड पूरा गर्छ भने यो व्यक्तिले बिमाका लागि बिमा-शुल्क (प्रिमियम) कति तिर्नुपर्छ ? \$ _____ कति पटक ? _____	
रोजगारदाताले स्वास्थ्य-बिमामा नयाँ वर्षका लागि तलका कुनै फेरबदलको प्रस्ताव गर्दैछन् (यदि थाहा छ भने):	
<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्ने छैनन्	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्ने छैनन्
<input type="checkbox"/> कर्मचारीका लागि मात्र* न्यूनतम स्तरको मापदण्ड* पूरा गर्ने उपलब्ध न्यून-मूल्यको बिमाका शुल्कमा फेरबदल गर्दैछन् ।	
रोजगारदाताले स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्न थाल्दैछन्, वा कर्मचारीका लागि मात्र** न्यून-मूल्यको बिमाका शुल्कमा फेरबदल गर्दैछन् भने:	
यो बिमाका लागि बिमा-शुल्क (प्रिमियम) कति तिर्नुपर्नेछ ? \$ _____ कति पटक ? _____ फेरबदलको मिति: _____	

\* यदि बिमा योजनाको अंशले कुल अनुमति प्राप्त लाभ लागतको ६० प्रतिशतभन्दा कम बेहोर्दैन भने रोजगारदाताबाट मिल्ने स्वास्थ्य बिमा जसले "न्यूनतम स्तरको मापदण्ड" पूरा गर्छ । (सन् १९८६ को इन्टरनल रिभ्यु संविधानको धारा ३६ बी(सी)(२)(सी)(iii))

\*\* यदि कुनै सुर्तीजन्य नशा उन्मुलन कार्यक्रम छ, र यी व्यक्तिले सु-स्वास्थ्य कार्यक्रममार्फत अन्य कुनै छुट पाएको छैन भने कर्मचारीका लागि मात्रको किफायती बिमामा ती व्यक्तिले अधिकतम छुट पाएको हुनुपर्छ ।

<b>खण्ड छ - संघीय सुविधाअन्तर्गत बिमा-बजार (फेडरली फेसिलिटेटेड मार्केटप्लेस, एफएफएम) बाट मान्यता-प्राप्त सुविधा पाउने व्यक्तिहरूका लागि</b>
आउँदा वर्षहरूमा स्वास्थ्य-सुविधा भुक्तानीमा सहायता पाउने मेरो योग्यता पतालगाउन सजिलो पार्न मेरो कर-दाखिला जानकारीसहित एफएफएमलाई मेरो आयसम्बन्धी तथ्य-तथ्याङ्क प्रयोग गर्न दिनका लागि म सहमत छु । एफएफएमले मलाई सूचना पठाउनेछ, म आफैं फेरबदल गर्छु, र कुनै पनि बेला सेवा छाड्न सक्नेछु । हो, निम्न समयका लागि मेरो योग्यता नवीकरण गरियोस्:
<input type="checkbox"/> ५ वर्ष (बढीमा) <input type="checkbox"/> ४ वर्ष <input type="checkbox"/> ३ वर्ष <input type="checkbox"/> २ वर्ष <input type="checkbox"/> १ वर्ष <input type="checkbox"/> सेवासम्बन्धी मेरो योग्यता नवीकरण गर्ने मेरो कर-दाखिला जानकारी प्रयोग नगरियोस् ।

<b>खण्ड ज - थुनामा परेका व्यक्तिहरू</b>
कुनै व्यक्तिलाई कैद (हिरासत वा जेल) गरिएको छ भने उनी रिहा नहुँदासम्म स्वास्थ्य-सुविधाका लागि योग्य हुँदैनन् भन्ने मैले बुझेको छु । मैले उनलाई यस आवेदनमा समावेश गर्ने भने उनको नाम तल लेख्नुपर्छ:
निम्न व्यक्ति थुनामा छन् _____ र रिहा हुने समय _____

<b>खण्ड झ - तपाईंले अतिरिक्त खण्डहरू पूरा गर्नुपर्ने हुनसक्छ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• यदि तपाईंलाई कसैले यो आवेदन पूरा गर्न सहायता गरेको हो भने, र डिपचएएसले तपाईंको मेडिकल सुविधा पाउने तपाईंको योग्यताबारे उक्त व्यक्तिसँग कुराकानी गर्नु भन्ने चाहनुहुन्छ भने कृपया पृष्ठ ६ को खण्ड ठ "आधिकारिक प्रतिनिधिको मुचुल्का" पूरा गर्नुहोस् ।</li> <li>• यदि तपाईंले आवेदनमा उल्लेख कुनै व्यक्तिलाई अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काका रैथाने हुन् भनी परिचय गराउनुभयो भने तपाईंले पृष्ठ ५ को खण्ड ट "अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काका रैथाने (एआई/एएन)" भरेको हुनुपर्छ ।</li> <li>• यो निवेशको खण्ड च का लागि तपाईंको रोजगारदाताबाट तपाईंको स्वास्थ्य जानकारी चाहिए, तपाईंले खण्ड ड - रोजगारदाता सुविधा सामग्री लगेर रोजगारदातालाई दिई उनीबाट यो आवेदनको उक्त खण्डलाई चाहिने आवश्यक जानकारी लिन सक्नुहुनेछ । "रोजगारदाता सुविधा सामग्री" (खण्ड ड) लाई यो आवेदनसहित पेश गर्नुपर्दैन । यो तपाईंका लागि हो र तपाईंले काम गर्ने ठाउँमा जाँदा आवेदनका सबै पानाहरू लानु नपरोस् भन्नका लागि हो ।</li> </ul>

<b>खण्ड ज - प्रमाणित आवेदन सल्लाहकार, सञ्चालक, प्रतिनिधि, र दलालका लागि मात्र</b>
यदि तपाईं प्रमाणित आवेदन सल्लाहकार, सञ्चालक, प्रतिनिधि (एजेन्ट), र दलाल हो तथा अरू कसैका लागि आवेदन दिन सहायता गर्दै हुनुहुन्छ भने खण्ड ज पूरा गर्नुहोस् ।
आवेदन शुरू मिति: ____/____/____
नाम, मध्यनाम, थर र उपसर्ग नाम: _____
संस्थाको नाम: _____ परिचय-पत्र नम्बर (यदि भए): _____

## खण्ड ट - अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काको रैथाने (एआई/एएन)

यदि परिवारको सदस्य (हरू) अमेरिकन इन्डियन वा अलास्काका रैथाने (एआई/एएन) हुन् भने खण्ड ट पूरा गर्नुहोस् । एआई/एएनले इन्डियन हेल्थ सर्भिस, जनजाति स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू, वा अर्बन इन्डियन हेल्थ प्रोग्रामबाट सुविधा पाउन सक्छन् । तिनीहरूले पनि लागत साझेदारीका तिर्न नपर्ने हुन सक्छ र विशेष मासिक भर्ना अवधि पाउन सक्छन् । तलका सबै प्रश्नको जवाफ दिएर तपाईंको परिवारलाई सक्दो सुविधा पाउने सुनिश्चित गर्नुहोस् । यदि तपाईंको परिवार २ जनाभन्दा बढी एआई/एएनको छ भने यो पानाको प्रतिलिपि निकाल्नुहोस् र प्रतिलिपि गरिएका पानामा ती व्यक्तिबारे लेख्नुहोस्, अनि खण्ड ट मा समावेश गर्नुहोस् । त्यसपछि तपाईंले यस आवेदनका साथ सबै पाना(हरू) पेश गर्नुपर्छ ।

### पहिलो एआई/एएन व्यक्ति

नाम, मध्यनाम र थर: \_\_\_\_\_

के यो व्यक्ति संघीय मान्यताको कुनै जनजातिको सदस्य हुन् ?  हुन्  होइनन्

यदि हुन् भने जनजातिको नाम: \_\_\_\_\_

के यी व्यक्तिले इन्डियन हेल्थ सर्भिस (Indian Health Service) नामक जनजाति स्वास्थ्य कार्यक्रम, वा अर्बन इन्डियन हेल्थ प्रोग्राम (urban Indian health program), वा यीमध्ये कुनै एकको सिफारिशमा कहिले सेवा पाएका छन् ?  छन्  छैनन्

यदि छैनन् भने के यी व्यक्ति इन्डियन हेल्थ सर्भिस, जनजाति स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू, वा अर्बन इन्डियन हेल्थ प्रोग्राम वा यीमध्ये कुनै एकको सिफारिशमा सेवा पाउन योग्य छन् ?  छन्  छैनन्

मेडिकेड वा बालबालिकाको स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम (CHIP) का निम्ति तलका स्रोतबाट आएका धनराशीको गणना नहुनसक्छ:

- प्राकृतिक स्रोत, उपयोग अधिकार, भाडा, वा रोयल्टीको माध्यमको जनजातिबाट आएको प्रति व्यक्ति भुक्तानहरू
- डिपार्टमेन्ट अफ इन्टेरियरबाट इन्डियन गुठी भूमीका रूपमा स्थापित भूमीबाट आएको प्राकृतिक स्रोत, खेती, पशुपालन, माछा मार्ने, भाडा, वा रोयल्टीको भुक्तानीहरू ।
- सांस्कृतिक महत्वका सामान बेचेर आएको धनराशी ।

के यी व्यक्तिले आवेदन दिँदा माथिको स्रोतको आम्दानी उल्लेख गरेका छन् ?  छन्  छैनन्

यदि गरेका छन् भने यी व्यक्तिले कति आम्दानी उल्लेख गरे ? \$ \_\_\_\_\_

कति समयमा यो आम्दानी हुने गरेको छ ? \_\_\_\_\_

### पहिलो एआई/एएन व्यक्ति

नाम, मध्यनाम र थर: \_\_\_\_\_

के यो व्यक्ति संघीय मान्यताको कुनै जनजातिको सदस्य हुन् ?  हुन्  होइनन्

यदि हुन् भने जनजातिको नाम: \_\_\_\_\_

के यी व्यक्तिले इन्डियन हेल्थ सर्भिस (Indian Health Service) नामक जनजाति स्वास्थ्य कार्यक्रम, वा अर्बन इन्डियन हेल्थ प्रोग्राम (urban Indian health program), वा यीमध्ये कुनै एकको सिफारिशमा कहिले सेवा पाएका छन् ?  छन्  छैनन्

यदि छैनन् भने के यी व्यक्ति इन्डियन हेल्थ सर्भिस, जनजाति स्वास्थ्य कार्यक्रमहरू, वा अर्बन इन्डियन हेल्थ प्रोग्राम वा यीमध्ये कुनै एकको सिफारिशमा सेवा पाउन योग्य छन् ?  छन्  छैनन्

मेडिकेड वा बालबालिकाको स्वास्थ्य बिमा कार्यक्रम (CHIP) का निम्ति तलका स्रोतबाट आएका धनराशीको गणना नहुनसक्छ:

- प्राकृतिक स्रोत, उपयोग अधिकार, भाडा, वा रोयल्टीको माध्यमको जनजातिबाट आएको प्रति व्यक्ति भुक्तानहरू
- डिपार्टमेन्ट अफ इन्टेरियरबाट इन्डियन गुठी भूमीका रूपमा स्थापित भूमीबाट आएको प्राकृतिक स्रोत, खेती, पशुपालन, माछा मार्ने, भाडा, वा रोयल्टीको भुक्तानीहरू ।
- सांस्कृतिक महत्वका सामान बेचेर आएको धनराशी ।

के यी व्यक्तिले आवेदन दिँदा माथिको स्रोतको आम्दानी उल्लेख गरे ?  छन्  छैनन्

यदि गरेका छन् भने यी व्यक्तिले कति आम्दानी उल्लेख गरेका छन् ? \$ \_\_\_\_\_

कति समयमा यो आम्दानी हुने गरेको छ ? \_\_\_\_\_

**खण्ड ठ - आधिकारिक प्रतिनिधिको मुचुल्का**

तपाईंलाई चिकित्सा सहायता दिलाउन वा आवेदन दिँदा केही वा सबै आवश्यकतामा सघाउन तपाईंले एक आधिकारिक प्रतिनिधिको चयन गर्न सक्नुहुन्छ । आधिकारिक प्रतिनिधि साथी, नातेदार वा अन्य व्यक्ति हुन्छन्, जसलाई तपाईंको हितको चिन्ता हुन्छ । आधिकारिक प्रतिनिधि तपाईंले छान्ने व्यक्ति हुन् । हामी तपाईंका लागि छान्दैनौं । तपाईंले छानेको व्यक्ति तपाईंलाई सहायता गर्न सहमत हुनुपर्छ । कुनै संस्थाले आधिकारिक प्रतिनिधिका रूपमा काम गर्न सक्दैन, तर कुनै संस्थाका व्यक्तिले गर्न सक्छन् । आधिकारिक प्रतिनिधि एक व्यक्तिको हुनुपर्छ ।  
कुनै आधिकारिक प्रतिनिधिले तपाईंका लागि आवेदन भर्ने र अरू कागजी काम गरिदिन सक्छन् । आधिकारिक प्रतिनिधिले तपाईंको आय, स्रोतहरू, र अन्य जानकारी फेरबदलको सूचना पनि दिन्छन् । उनीहरूले तपाईंको चिकित्सा सहायताको परिचय-पत्र, र हामीले पठाएका अरू पत्रहरू बुझिदिन्छन् । तलका बाकसहरूमा चिन्ह लगाएर तपाईंका लागि वा आफ्नो तर्फबाट के गर्नु भन्ने चाहनुहुन्छ ।

**आधिकारिक प्रतिनिधिका दायित्व**

तपाईंले आफ्ना निम्ति आधिकारिक प्रतिनिधिबाट गराउन चाहेका कामहरू चिन्ह लगाउनुहोस्:

- मेरा आवेदन, फारमहरू, त अन्य विभागीय कागजी-काम बुझिदिनु, र मेरा लागि ती फारमहरू भरिदिनु ।
- विभागलाई मेरो आय, स्रोतहरू, र अन्य सम्बन्धित जानकारी उपलब्ध गराउनु, र मेरो अवस्थाहरूका विषयमा भएका फेरबदलबारे विभागलाई जानकारी दिनु तथा ती जानकारीका प्रमाण दिनु ।
- विभागबाट मेरा सूचनाहरू प्राप्त गर्नु ।  मेरा लागि मेरो मेडिकल असिस्टेन्स कार्ड बुझिदिनु ।
- मेरा लागि मेरो योग्यताको अन्तर्वार्तामा जानु ।  अन्य: \_\_\_\_\_

**सेवाग्राहीको हस्ताक्षर**

कृपया निम्न बुँदाहरू ध्यानपूर्वक पढ्नुहोस् । तपाईंले तल हस्ताक्षर गरेको मतलब तपाईंले यी बुँदाहरू पढ्नु र बुझ्नु भयो भन्ने हुन्छ ।

- मैले यो फारममा भएका जानकारी पढेको र बुझेको प्रमाणित गर्छु ।
- मेरा आधिकारिक प्रतिनिधिले डिस्ट्रिक्ट अफिसमा बुझाएका कुनै त्रुटि, भूल वा गलत जानकारीका लागि म जिम्मेवार हुनुपर्छ भन्ने मैले बुझेको छु ।
- यदि मेरो आधिकारिक प्रतिनिधिले मेरो अनुमति-बिना मेरा सुविधा प्रयोग गरेमा डिपार्टमेन्ट अफ हेल्थ एन्ड ह्युमन सेर्विसेस (Department of Health and Human Services) ले ती सुविधाको साटोमा अर्को दिने वा सुविधा पुनःजारी गर्ने छैन भन्ने बुझेको छु ।
- मैले आधिकारिक प्रतिनिधि तोकेको व्यक्तिले उनको जिम्मेवारी तबसम्म निभाउँछन्, जबसम्म मैले डिपार्टमेन्टलाई प्रतिनिधि बदल्ने लिखित जानकारी दिन्न भन्ने मैले बुझेको छु ।

सेवाग्राहीको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

मिति \_\_\_\_\_

सेवाग्राहीको नाम \_\_\_\_\_

**आधिकारिक प्रतिनिधिको जानकारी**

आधिकारिक प्रतिनिधिको नाम \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

सिटी (नगर): \_\_\_\_\_ राज्य (स्टेट): \_\_\_\_\_

जिपकोड: \_\_\_\_\_ फोन #: (\_\_\_\_\_) -- \_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

आधिकारिक प्रतिनिधिसँग तपाईंको नाता खुलाउनुहोस्: \_\_\_\_\_

प्रतिनिधिको जन्ममिति (ऐच्छिक) \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ संस्थाको नाम (यदि छ भने) \_\_\_\_\_

**आधिकारिक प्रतिनिधिको हस्ताक्षर**

मैले यो फारममा भएको जानकारी पढेको र बुझेको प्रमाणित गर्छु । म यो फारममा उल्लेख जिम्मेवारी स्वीकार गर्न सहमत छु र तल लेखिएका बुझ्छु:

- आधिकारिक प्रतिनिधिका रूपमा काम गर्न मैले आफ्नो परिचयको प्रमाण दिनुपर्छ भन्ने मैले बुझेको छु ।
- यदि मलाई एक कार्यक्रमका लागि अयोग्य गरिएको छ भने उक्त व्यक्तिको प्रतिनिधि हुन उपयुक्त अरू कोही छैन भने मैले आधिकारिक प्रतिनिधिका रूपमा काम गर्न मिल्दैन भन्ने मैले बुझेको छु ।
- यदि मैले सहायता गरिरहेको घर-परिवारका निम्ति राम्रो कार्य नगरेको ठहर भए डिपार्टमेन्ट (विभाग)सँग मैले आधिकारिक व्यक्तिका रूपमा गरिरहेको काम टुटाउने अधिकार छ भन्ने मैले बुझेको छु ।

आधिकारिक प्रतिनिधिको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

मिति \_\_\_\_\_

आधिकारिक प्रतिनिधिको नाम \_\_\_\_\_

### खण्ड ड - रोजगारदाता सुविधा (बिमा) सामग्री

यो सामग्री कुनै रोजगारीबाट स्वास्थ्य बिमाका लागि तपाईं योग्य हुनुहुन्छ वा हुनुहुन्न भनी जान्न खण्ड च - जागिरबाट स्वास्थ्योपचार सुविधा का प्रश्नका जवाफ दिन खण्ड ड मा प्रयोग गर्नुहोस् । (तथापि यो सुविधा अरुको जागिरबाट पाइएको होस्, जस्तो: माता-पिता वा दम्पति)

तल आफ्नो नाम र सोसल सेक्युरिटी नम्बर लेख्नुहोस्, अनि फारमको बाँकी भाग रोजगारदातालाई भर्न दिनुहोस् ।

#### पहिलो बिमा सामग्री

स्वास्थ्य-बिमा प्रस्ताव गरिएको व्यक्तिको नाम: \_\_\_\_\_

यो व्यक्तिको सोसल सेक्युरिटी नम्बर कति हो ? \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

रोजगारदाताको नाम: \_\_\_\_\_ रोजगारदाताको फोन #: (\_\_\_\_\_) -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

रोजगारदाताको ठेगाना: \_\_\_\_\_

सिटी (नगर): \_\_\_\_\_ राज्य (स्टेट): \_\_\_\_\_ जिपकोड: \_\_\_\_\_ रोजगारदाताको आइडी # (इआइएन): \_\_\_\_\_

हामीले जागिरमा कर्मचारीको स्वास्थ्य सुविधाबारे कसलाई सम्पर्क गर्न सक्छौं ? \_\_\_\_\_

फोन # (माथिभन्दा भिन्न भए): (\_\_\_\_\_)--\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_- इमेल एड्रेस: \_\_\_\_\_

अहिले बिमाका लागि सेवा-योग्य हुनुहुन्न भने कहिलेदेखि यो व्यक्ति बिमा सुविधामा संलग्न हुन सक्नुहुन्छ ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

के रोजगारदाताले प्रस्ताव गरेको स्वास्थ्य बिमाले कर्मचारीका श्रीमान / श्रीमती वा निर्भरलाई पनि समेट्छ ?  समेट्छ  समेट्दैन

यदि समेट्छ भने कसलाई सुविधा पाइन्छ ?  श्रीमान / श्रीमती  निर्भर

के रोजगारदाताले प्रस्ताव गरेका छन्, जसले स्वास्थ्य बिमाले न्युनतम स्तरको मापदण्ड पूरा गर्छ\*?  गर्छ  गर्दैन

यदि ती व्यक्ति जसले रोजगार मात्रको बिमाका रूपमा किफायती स्वास्थ्य बिमाको प्रस्ताव गरेका छन्, जसले बिमाले न्युनतम स्तरको मापदण्ड पूरा गर्छ भने यो व्यक्तिले बिमाका लागि बिमा-शुल्क (प्रिमियम) कति तिर्नुपर्छ ? \$ \_\_\_\_\_ कति पटक ? \_\_\_\_\_

रोजगारदाताले स्वास्थ्य-बिमामा नयाँ वर्षका लागि तलका कुनै फेरबदलको प्रस्ताव गर्दछन् (यदि थाहा छ भने):

स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्ने छैनन्  स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्ने छैनन्

कर्मचारीका लागि मात्र\*\* न्युनतम स्तरको मापदण्ड\* पूरा गर्ने उपलब्ध न्युन-मूल्यको बिमाका शुल्कमा फेरबदल गर्दछन् ।

रोजगारदाताले स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्न थाल्दछन्, वा कर्मचारीका लागि मात्र\*\* न्युन-मूल्यको बिमाका शुल्कमा फेरबदल गर्दछन् भने:

यो बिमाका लागि बिमा-शुल्क (प्रिमियम) कति तिर्नुपर्नेछ ? \$ \_\_\_\_\_ कति पटक ? \_\_\_\_\_ फेरबदलको मिति: \_\_\_\_\_

#### दोस्रो बिमा सामग्री

स्वास्थ्य-बिमा प्रस्ताव गरिएको व्यक्तिको नाम: \_\_\_\_\_

यो व्यक्तिको सोसल सेक्युरिटी नम्बर कति हो ? \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

रोजगारदाताको नाम: \_\_\_\_\_ रोजगारदाताको फोन #: (\_\_\_\_\_) -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

रोजगारदाताको ठेगाना: \_\_\_\_\_

सिटी (नगर): \_\_\_\_\_ राज्य (स्टेट): \_\_\_\_\_ जिपकोड: \_\_\_\_\_ रोजगारदाताको आइडी # (इआइएन): \_\_\_\_\_

हामीले जागिरमा कर्मचारीको स्वास्थ्य सुविधाबारे कसलाई सम्पर्क गर्न सक्छौं ? \_\_\_\_\_

फोन # (माथिभन्दा भिन्न भए): (\_\_\_\_\_)--\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_- इमेल एड्रेस: \_\_\_\_\_

अहिले बिमाका लागि सेवा-योग्य हुनुहुन्न भने कहिलेदेखि यो व्यक्ति बिमा सुविधामा संलग्न हुन सक्नुहुन्छ ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

के रोजगारदाताले प्रस्ताव गरेको स्वास्थ्य बिमाले कर्मचारीका श्रीमान / श्रीमती वा निर्भरलाई पनि समेट्छ ?  समेट्छ  समेट्दैन

यदि समेट्छ भने कसलाई सुविधा पाइन्छ ?  श्रीमान / श्रीमती  निर्भर

के रोजगारदाताले प्रस्ताव गरेका छन्, जसले स्वास्थ्य बिमाले न्युनतम स्तरको मापदण्ड पूरा गर्छ\*?  गर्छ  गर्दैन

यदि ती व्यक्ति जसले रोजगार मात्रको बिमाका रूपमा किफायती स्वास्थ्य बिमाको प्रस्ताव गरेका छन्, जसले बिमाले न्युनतम स्तरको मापदण्ड पूरा गर्छ भने यो व्यक्तिले बिमाका लागि बिमा-शुल्क (प्रिमियम) कति तिर्नुपर्छ ? \$ \_\_\_\_\_ कति पटक ? \_\_\_\_\_

रोजगारदाताले स्वास्थ्य-बिमामा नयाँ वर्षका लागि तलका कुनै फेरबदलको प्रस्ताव गर्दछन् (यदि थाहा छ भने):

स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्ने छैनन्  स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्ने छैनन्

कर्मचारीका लागि मात्र\*\* न्युनतम स्तरको मापदण्ड\* पूरा गर्ने उपलब्ध न्युन-मूल्यको बिमाका शुल्कमा फेरबदल गर्दछन् ।

रोजगारदाताले स्वास्थ्य-बिमाको सुविधा प्रस्ताव गर्न थाल्दछन्, वा कर्मचारीका लागि मात्र\*\* न्युन-मूल्यको बिमाका शुल्कमा फेरबदल गर्दछन् भने:

यो बिमाका लागि बिमा-शुल्क (प्रिमियम) कति तिर्नुपर्नेछ ? \$ \_\_\_\_\_ कति पटक ? \_\_\_\_\_ फेरबदलको मिति: \_\_\_\_\_

\* यदि बिमा योजनाको अंशले कुल अनुमति प्राप्त लाभ लागतको ६० प्रतिशतभन्दा कम बेहोर्दैन भने रोजगारदाताबाट मिल्ने स्वास्थ्य बिमा जसले "न्युनतम स्तरको मापदण्ड" पूरा गर्छ । (सन् १९८६ को इन्टरनल रिभेन्यु संहिताको धारा ३६ बी(सी)(२)(सी)(iii))

\*\* यदि कुनै सुर्तीजन्य नशा उन्मुलन कार्यक्रम छ, र यी व्यक्तिले सु-स्वास्थ्य कार्यक्रममार्फत अन्य कुनै छुट पाएको छैन भने कर्मचारीका लागि मात्रको किफायती बिमामा ती व्यक्तिले अधिकतम छुट पाएको हुनुपर्छ ।