स्वास्थ्य कभरेज र सहायता भुक्तानीको लागतका लागि आवेदन

तपाईंको लागि योग्य कभरेजको विकल्प हेर्न यो अनुप्रयोग प्रयोग गर्नुहोस्	• तपाईलाई सन्चो राख्न मद्दत गर्न व्यापक कभरेज प्रदान गर्ने किफायती निजी स्वास्थ्य बीमा योजना • स्वास्थ्य कभरेजको लागि तपाईंका प्रीमियमहरु तिर्न तुरुन्तै मद्दत गर्न सक्ने नयाँ कर क्रेडिट • Medicaid वा बच्चाहरूको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (CHIP)बाट निशुल्क वा कम-लागतको बीमा • तपाईले वर्षमा $९४,००० सम्म कमाए तापनि निशुल्क वा कम-लागतको कार्यक्रमका लागि (४ जनाको एउटा परिवारको लागि) योग्य हुन सक्नुहुन्छ
यो अनुप्रयोग कसले प्रयोग गर्न सक्छ?	• तपाईंको परिवारमा कसैको पनि लागि आवेदन गर्न यो अनुप्रयोग प्रयोग गर्नुहोस् • तपाई वा तपाईंको बच्चाको पहिले नै स्वास्थ्य कभरेज छ भने पनि आवेदन गर्नुहोस्। तपाई कम-लागत वा निशुल्क कभरेजको लागि योग्य हुन सक्नुहुन्छ • तपाई एक्लै हुनुहुन्छ भने, तपाईले छोटो फारम प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। **HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस् • आप्रवासी भएको परिवारले आवेदन गर्न सक्छ। कभरेजको लागि तपाई योग्य हुनुहुँदैन भने आफ्नो बच्चाको लागि आवेदन गर्न सक्नुहुन्छ। आवेदन गर्नाले तपाईंको अध्यागमन स्थितिमा वा स्थायी निवासी वा नागरिक बन्ने संभावनामा केही पनि असर पर्दैन • यदि कसैले तपाईलाई यो आवेदन भर्न मद्दत गर्दैछ भने, तपाईले परिशिष्ट ग पूरा गर्नु पर्नेछ
अनलाइनमा छिटो आवेदन गर्नुहोस्	**HealthCare.gov** वा **nheasy.nh.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस्।
तपाईंलाई आवेदन गर्न के के आवश्यक पर्न सक्छ	• सामाजिक सुरक्षा संख्या (वा बीमा आवश्यक पर्ने कुनै पनि कानूनी आप्रवासीको लागि कागजात संख्या) • तपाईंको परिवारका सबैको रोजगारदाता र आयको जानकारी (उदाहरणका लागि, पेस्टबहरुबाट डब्ल्यू-२ फारमहरू, वा वेतन र कर विवरण) • वर्तमानको कुनै पनि स्वास्थ्य बीमाको पलिसि संख्या • तपाईंको परिवारलाई उपलब्ध कुनै पनि काम-सम्बन्धित स्वास्थ्य बीमा बारे जानकारी
हामीले यो जानकारी किन सोध्छौं?	तपाईंको लागि योग्य के कभरेज छ भन्ने जानकारी दिनको लागि हामी तपाईंको आय र अन्य जानकारी बारेमा सोध्ने गर्छौं र तपाईलाई यसबाट तिर्नको लागि कुनै पनि मद्दत प्राप्त हुन सक्छ। **हामीले कानूनले आवश्यक परे अनुसार तपाईले प्रदान गरेको सबै जानकारी निजी र सुरक्षित राख्नेछौं।**
त्यसपछि के गर्नु?	• तपाईंको भरेर हस्ताक्षर गरेको आवेदन यस ठेगानामा पठाउनुहोस्: केन्द्रीय Medicaid यूनिट, १२९ प्लिजन्ट स्ट्रिट, कन्कर्ड, NH ०३३०१. • **हामीले सोधेको सबै जानकारी तपाईंसंग छैन भने, हस्ताक्षर गरेर जसरी भएपनि आफ्नो आवेदन हामीलाई बुझाउनुहोस्।** हामी १-२ हप्ता भित्र तपाईंसंग फोलो-अप गर्नेछौं। • तपाईले आफ्नो स्वास्थ्य कभरेज पूरा गर्ने अर्को कदमको निर्देशन प्राप्त गर्नु हुनेछ। तपाईले हामीले भनेको सुन्नु भएन भने, **HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस वा **१-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)मा** कल गर्नुहोस्। यो आवेदन भर्नाले तपाईले स्वास्थ्य कभरेज किन्नु पर्छ भन्ने होइन।
यो अनुप्रयोगबाट मद्दत प्राप्त गर्नुहोस्।	• **अनलाइन: HealthCare.gov** • **फोन: १-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)** मा DHHS ग्राहक सेवा केन्द्रलाई कल गर्नुहोस् • **व्यक्तिगत:** तपाईको क्षेत्रमा सल्लाहकार हुन सक्छन् जसले तपाईको मद्दत गर्न सक्छन्। थप जानकारीको लागि **१-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)** मा कल गर्नुहोस्। • **En Espanol:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **१-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)**
तपाईं केही बढी प्रश्नहरू पूरा गरेर थप कार्यक्रमको लागि आवेदन गर्न सक्नुहुन्छ	तपाईले यस आवेदनमा समाविष्ट गरिएको DFA फारम ८००MA सम्मिलित, भरेक अतिरिक्त कार्यक्रमको लागि आवेदन गर्न सक्नुहुन्छ। यी कार्यक्रमहरूको लागि आवेदन गर्न, तपाईले सम्मिलित सहित यस अनुप्रयोगका सबै पृष्ठहरू **आफ्नो स्थानीय जिल्ला कार्यालय**मा बुझाउनु पर्नेछ। • राज्य पूरक कार्यक्रम (SSP) चिकित्सा सहायता: खाँचो परेका अन्धालाई सहयोग (ANB), स्थायी र पूर्ण विकलांग (APTD) लाई सहायता, र बयोवृद्धलाई सहायता (OAA) • दीर्घ अवधिका हेरविचार सेवाहरु: तपाईं नर्सिङ सुविधामा बस्नुभएको छ भने, वा तपाईलाई घरको हेरविचार सेवाहरू आवश्यक छ भने, हामी त्यो लागतको केही अंश तिर्न सक्छौं • Mead कार्यक्रम पनि भनेर चिनिएको अपांग भएका रोजगार वयस्कका लागि Medicaid • तपाईंका चिकित्सा प्रीमियमहरुको लागि मद्दत गर्न मेडिकेयर बचत कार्यक्रम (MSP)
के तपाईंलाई हामीले अन्य प्रकारका सहयोग पनि प्रदान गर्दछौं भनेर थाहा थियो?	तपाईले हामीबाट तल दिएका मद्दत प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ: • खाद्य टिकटहरु: खाद्य टिकट कार्यक्रमले हजारौं मान्छेलाई स्वस्थ खानेकुरा किन्न मद्दत गर्छ। • नगद: तपाईलाई आफ्नो बिल तिर्ने समस्या परेको छ भने, हामी योग्य वयस्क र परिवारको लागि नगद सहयोग प्रदान गर्दछौं। • बाल हेरविचार: तपाईंलाई काममा जाँदा, काम खोज्दा, वा स्कूल जाँदा बच्चा हेरविचार गर्नको लागि तिर्ने समस्या भइरहेको छ भने, हामी तपाईंका बच्चाको हेरविचार गरेका लागतको केही अंश भुगतान गर्न मद्दत गर्न सक्छौं।

जान्नु पर्ने कुराहरू

तपाईंले अन्य प्रकारका यी मद्दतका लागि आवेदन गर्न यस आवेदनको प्रयोग गर्न सक्नु हुँदैन। तपाईंले यी अन्य प्रकारका कुनै पनि सहयोगका लागि आवेदन गर्न चाहनुहुन्छ भने, अनलाइन आवेदन गर्न www.nheasy.nh.gov मा, आवेदन डाउनलोड गर्न हाम्रो वेबसाइट www.dhhs.nh.gov/dfa/apply.htm वा हामीलाई कल गर्न १-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)मा प्रवेश गर्नुहोस्।

यदि तपाईं स्वास्थ्य कभरेज किन्न मद्दतको लागि मात्र Medicaid वा संघीय भुक्तानीको सहयोगका लागि आवेदन गर्न चाहनुहुन्छ भने सकेसम्म राम्रो गरेर सबै पृष्ठ भर्नुहोस्। तपाईले नबुझेका कुनै पनि प्रश्न नभर्नुहोस्। तपाईंका कुनै प्रश्नहरू छन् भने, **१-८४४-२७५-३४४७** मा ग्राहक सेवामा कल गर्नुहोस् **वा** यो आवेदन भर्नको लागि मद्दत पुर्याउने व्यक्तिलाई सोध्नुहोस्।

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ ? HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस् **वा १-८००-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)**मा हामीलाई कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईंलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईंलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण १ आफ्नो बारेमा जानकारी दिनुहोस्।

(तपाईंको आवेदनको लागि सम्पर्क व्यक्ति हुन हामीलाई परिवारमा एकजना वयस्क व्यक्तिको आवश्यकता छ।)

१। पहिलो नाम,मध्य नाम, अन्तिम नाम, एवं पदनाम:

२। घरको ठेगाना (यदि नभएमा खाली छाड्नुहोस्):

३। अपार्टमेन्ट वा सुट संख्या:

४। शहर:

५। राज्य:

६। जिप कोड:

७। काउन्टी:

८। पत्र व्यवहारको लागि ठेगाना (घरको ठेगानाभन्दा बेग्लै भएमा):

९। अपार्टमेन्ट वा सुट संख्या:

१०। शहर:

११। राज्य:

१२। जिप कोड:

१३। काउन्टी:

१४। फोन नम्बर:

( ) -

१५। अन्य फोन नम्बर:

( ) -

१६। तपाईंको इमेल ठेगाना छ? ☐ छ ☐ छैन

यदि छ भने, तपाईंको इमेल ठेगाना के हो: _____

१७। तपाईं आफ्ना सूचनाहरू मेलमा प्राप्त गर्नुको सट्टा अनलाइन प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

तपाईंले माथिको "हो" चयन गर्नुभयो भने, तपाईंको मेलमा एउटा चिट्ठी पठाइने छ। यस चिट्ठीमा तल दिएका वस्तुहरू हुनेछन्:

- न्यु हैम्पशायरको अनलाइन योग्यता वेब पोर्टल, NH EASY को बारेमा जानकारी;
- NH EASY खाता स्थापना गर्ने विन्दुहरू; र
- NH EASY खाता सिर्जना गर्न आवश्यक पर्ने एउटा समय-संवेदनशील पिन।

तपाईंले आफ्ना सूचनाहरू अनलाइन प्राप्त गर्न NH EASY को खाता खोल्नुपर्छ। तपाईंले NH EASY को माध्यमबाट आफ्नो आवेदनको स्थिति जाँच गर्न र परिवर्तन रिपोर्ट गर्न पनि सक्नुहुन्छ!

१८। मनपर्ने मौखिक वा लिखित भाषा (यदि अंग्रेजी होइन भने).

चरण २ तपाईंको परिवारको बारेमा बताउनुहोस्।

तपाईंले कसलाई यो आवेदनमा समावेश गर्नुपर्छ?

तपाईंसंग बस्ने सबै परिवारका सदस्यहरूको बारेमा हामीलाई भन्नुहोस्। यदि तपाईं कर तिर्नुहुन्छ भने, हामीले तपाईंको कर फिर्तीलाई लिएर सबैलाई जान्नु आवश्यक छ। (तपाईंलाई स्वास्थ्य कभरेज प्राप्त गर्न कर फाइल गर्नु आवश्यक छैन।)

समावेश गर्नुहोस्:

- आफू स्वयंलाई
- तपाईंको पति वा पत्नी
- तपाईंसंग बस्ने २१ वर्ष मुनिका बच्चाहरू
- तपाईंको अविवाहित साथी, यदि तपाईंका साझा केटाकेटी छन् भने वा उसलाई स्वास्थ्य कभरेज चाहियो भने
- तपाईं संगै नबस्ने भए तापनि तपाईंको कर फिर्तीमा समावेश कोईपनि व्यक्ति।
- तपाईंको हेरविचार प्राप्त गरेर तपाईंसंग बस्ने २१ वर्षभन्दा तलको अरू कोई पनि व्यक्ति

तपाईंले समावेश गर्नु पर्दैन:

- साझा कुनै बच्चाहरू छैनन् भने स्वास्थ्य कभरेज आवश्यक नपर्ने तपाईंको अविवाहित साथी
- तपाईंको अविवाहित साथीका बच्चाहरू
- तपाईंसंग बस्ने, तर आफ्नै कर फिर्ती गर्ने तपाईंका आमाबाबु (यदि तपाईं २१ भन्दा बढीको हुनुहुन्छ भने)
- आफ्नै कर फिर्ती गर्ने अन्य वयस्क नातेदार

तपाईंको लागि योग्य सहयोगको राशि वा कार्यक्रमको प्रकार तपाईंको परिवारमा मान्छेको संख्या र उनीहरूको आम्दानीमा निर्भर गर्दछ। यो जानकारीले हामीलाई यो पक्का गराउन मद्दत गर्दछ कि सबैले तिनीहरूको योग्यता अनुसार सबैभन्दा राम्रो कभरेज प्राप्त गर्न सक्नेछन्।

तपाईंका परिवारका हरेक व्यक्तिको लागि चरण २ पूरा गर्नुहोस्। आफुबाट शुरू गरेर अन्य वयस्क र बच्चाहरूलाई थप्नुहोस्। तपाईंको परिवारमा २ भन्दा बढी मान्छे छन् भने, तपाईंले पृष्ठको प्रतिलिपि बनाएर तिनीहरूलाई संलग्न गर्न आवश्यक छ। तपाईंले स्वास्थ्य कभरेज आवश्यकता नपर्ने परिवारका सदस्यहरूको लागि अध्यागमन स्थिति वा सामाजिक सुरक्षा नम्बर (SSN) प्रदान गर्न आवश्यक छैन। हामीले कानून अनुसार तपाईंले प्रदान गरेको सबै जानकारी निजी र सुरक्षित राख्नेछौं। हामीले तपाईं स्वास्थ्य कभरेजको लागि योग्य हुनुहुन्छ भन्ने जाँच गर्नको लागि मात्र व्यक्तिगत जानकारी प्रयोग गर्नेछौं।

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ ? HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस् वा **१-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)** मा कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, **llame 1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईंलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईंलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण २: व्यक्ति १ (तपाईं स्वयंबाट शुरू गर्नुहोस्)

तपाईंले आवेदन गर्नु भएमा, आफ्नो पति / साथी र सँगै बस्ने बच्चाहरू र/वा तपाईंको झैं संघीय आयकर फिर्ती हुनेहरूको लागि चरण २ पूरा गर्नुहोस्। कसलाई समावेश गर्नु पर्ने भन्ने विषयमा थप जानकारीको लागि पृष्ठ १ हेर्नुहोस्। तपाईंले कर फिर्तीको लागि फाइल गर्नु भएनको छैन भने, अझै पनि तपाईंसंग बस्ने परिवारका सदस्यहरू थप्ने कुरा याद गर्नुहोस्।

१। पहिलो नाम,मध्य नाम, अन्तिम नाम, एवं पदनाम:

२। तपाईंसंगको सम्बन्ध?
आफु स्वयं

३। जन्म मिति (मम/दिदि/सासासासा)

४। लिङ्ग: ☐पु. ☐स्त्री.

५। सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSN): _____ ---------- _____ ---------- _____

तपाईंलाई स्वास्थ्य कभरेज चाहिन्छ र SSN छ भने हामीलाई यसको आवश्यकता पर्छ। तपाईंलाई स्वास्थ्य कभरेज चाहिँदैन भने पनि SSN प्रदान गर्नु उपयोगी हुन सक्छ किनभने यसले आवेदन प्रक्रियालाई गति प्रदान गर्न सक्छ। हामीले स्वास्थ्य कभरेज लागतको लागि मद्दतको लागि योग्य छ भनेर हेर्न आय र अन्य जानकारीको जाँच गर्न SSNहरूको प्रयोग गर्दछौं। यदि कसैलाई SSN प्राप्त गर्न मद्दत चाहिन्छ भने, १-८००-७७२-१२१३ मा कल गर्नुहोस् वा **socialsecurity.gov** प्रवेश गर्नुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले १-८००-३२५-०७७८ मा कल गर्नुपर्छ।

६। के **तपाईंले अर्को वर्ष संघीय आयकर फिर्ती फाइल गर्ने योजना गर्नुभएको छ?**
(तपाईंले संघीय आयकर फिर्तीको लागि फाइल गर्नु भएन भने पनि स्वास्थ्य बीमाको लागि आवेदन गर्न सक्नुहुन्छ।)

☐**हो। यदि हो भने,** कृपया प्रश्नहरू क–ङ सम्मको उत्तर दिनुहोस्। ☐**होइन। यदि होइन भने,** प्रश्न घ मा जानुहोस्।

क। तपाई पति वा पत्नीसंगै पेश गर्नुहुन्छ? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, पति वा पत _____

ख। तपाईंको कर फिर्ताको लागि कुनै आश्रितलाई दावी गर्न चाहनुहुन्छ? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, यदि हो भने आश्रितहरूका नाम(हरू) को सूची _____

ग। के यी कुनै आश्रितहरू कसैसंग बस्छन? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, यदि हो भने आश्रितहरूका नाम(हरू) को सूची : _____

घ। तपाईंलाई अर्को वर्ष संघीय आयकर फिर्ती फाइल गर्नु आवश्यक छ? ☐हो ☐होइन

ङ। तपाईंलाई कसैले गरेको कर फिर्तीमा आश्रितको रूपमा दाबी गरिनु हुन्छ? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, कृपया केश फाइल गर्नेहरूको नामको सूची दिनुहोस्: _____

तपाईंको कर आवेदकसंग के सम्बन्ध छ? _____

७। तपाई गर्भवती हुनुहुन्छ? ☐हो ☐होइन **यदि हो भने,** क। यो गर्भमा कति बच्चाहरूको संभावना छ? _____ ख। म्यादको मिति: _____

८। **तपाईंलाई स्वास्थ्य कभरेज आवश्यक छ?** (तपाईंको बीमा छ भने पनि राम्रो कभरेज वा कम लागतको कुनै कार्यक्रम हुन सक्छ।)

☐**हो। यदि हो भने**, तल दिएका सबै प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्

☐**होइन। यदि होइन भने,** पृष्ठ ३ मा भएका आय विषयका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्।
यो पृष्ठको बाँकी रहेको भाग खाली राख्नुहोस्।

९। के तपाईंसंग कुनै शारीरिक, मानसिक, वा भावनात्मक स्वास्थ्य गतिविधिमा सीमितता ल्याउन सक्ने अवस्था (नुहाउने, लुगा लगाउने, दैनिक घरधन्दा गर्ने जस्ता कार्यहरू) छन् वा चिकित्सा सुविधा वा नर्सिङ घरमा बस्नुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

१०। के तपाईं अमेरिकी नागरिक वा अमेरिकी राष्ट्रीय हुनुहुन्छ? ☐ हो ☐ होइन

११। **तपाईं अमेरिकी नागरिक वा अमेरिकी राष्ट्रिय** हुनुहुँदैन भने, तपाईंको योग्य अध्यागमन स्थिति छ?

☐हो। आफ्नो कागजातको प्रकार र आईडी नम्बर तल भर्नुहोस्।

क। आप्रवासन कागजातको प्रकार _____ ख। दस्तावेजको आइडी संख्या _____

ग। तपाई १९९६ देखि अमेरिकामा बसदै हुनुहुन्छ? ☐हो ☐होइन

घ। तपाई वा तपाईंको पति वा आमाबाबु अमेरिकी सैन्यको भेटेरान वा सक्रिय-कर्तव्य सदस्य हुनुहुन्छ? ☐हो ☐होइन

१२। तपाई विगत ३ महिनादेखिको चिकित्सा बिल तिर्नको लागि मद्दत चाहनुहुन्छ? ☐हो ☐होइन

१३। के तपाई १९ भन्दा कम उमेरको कम्तिमा एक बच्चासंग बस्नुहुन्छ, र तपाई यस बच्चाको हेरविचार गर्ने मुख्य व्यक्ति हुनुहुन्छ? ☐हो ☐होइन

१४। के तपाई पूर्णकालीन विद्यार्थी हुनुहुन्छ? ☐हो ☐होइन

१५। के तपाई १८ वा त्योभन्दा बढी उमेरको हुँदा टुहुरा हेरविचारमा हुनुहुन्थ्यो? ☐हो ☐होइन

१६। **हिस्पानिक / ल्याटिनो, नस्लको हुनुहुन्छ भने (वैकल्पिक - लागू हुने सबै चुन्नुहोस्।)**

☐म्याक्सिकन ☐म्याक्सिकन अमेरिकी ☐शिकानो/ ☐प्युरटो रिकन ☐क्युबान ☐अन्य _____

१७। **जाति (वैकल्पिक—लागू हुनेलाई चुन्नुहोस्.)**

☐सेता	☐कोरियाली	☐जापानी	☐हवायेली निवासी	☐ग्वामानियाली वा चामोर्रो
☐भियातनामी	☐एसियाली भारतीय	☐फिलिपियाली	☐काला वा अफ्रिकी अमेरिकी	☐अन्य प्रसान्त द्वीपवासी
☐चिनियाँ	☐अन्य एसियाली	☐सामोयाली	☐अमेरिकी भारतीय वा अलास्काका निवासी	☐अन्य _____

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ ? HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस् वा **१-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)** मा कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईंलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईंलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण २: व्यक्ति १ (तपाईं स्वयंदेखि शुरू गर्नुहोस्)

वर्तमान काम एवं आय विवरण

☐**रोजगार**
यदि तपाईं अहिले काम गर्दै हुनुहुन्छ भने, आफ्नो आयको बारेमा भन्नुहोस्। प्रश्न १८ बाट शुरू गर्नुहोस्।

☐**बेरोजगार**
प्रश्न २८ मा जानुहोस्।

☐**स्वरोजगार**
प्रश्न २७ मा जानुहोस्।

वर्तमान काम १:

१८। रोजगारदाताको नाम र ठेगाना

१९। रोजगारदाताको फोन नम्बर
( ) --

२०। ज्याला/टिप्स (करको अघि) ☐घण्टामा ☐साप्ताहिक ☐हरेक २ हप्तामा ☐महिनामा दुइपल्ट ☐मासिक ☐वार्षिक
$ _____

२१। हरेक हप्ता काम गरेका औसत घण्टा

वर्तमान काम २: (यदि तपाईंसंग धेरै काम छन र बढी ठाउँ चाहिन्छ भने, कागतको अर्को पाना थप्नुहोस्।)

२२। रोजगारदाता नाम र ठेगाना

२३। रोजगारदाताको फोन नम्बर
( ) --

२४। ज्याला/टिप्स (करको अघि) ☐घण्टामा ☐साप्ताहिक ☐हरेक २ हप्तामा ☐महिनामा दुइपल्ट ☐मासिक ☐वार्षिक
$ _____

२५। हरेक हप्ता काम गरेका औसत घण्टा

२६। **बितेका वर्षहरूमा, तपाईंले:** ☐काम परिवर्तन गर्नुभयो ☐काम गर्न छाड्नुभयो ☐कम समय काम गर्न थाल्नुभयो ☐यीमध्ये कुनै पनि होइन

२७। **यदि स्वरोजगार भएमा, तल दिएका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्:**

क। कामको प्रकार
_____

ख। तपाईंले यस महिना यो आत्म-रोजगारबाट कत्तिको नेट आय (व्यापार खर्च भुक्तानी पश्चातको मुनाफा) प्राप्त गर्नु हुनेछ?
$ _____

२८। **यो महिनाको अन्य आय:** लागू हुनेलाई चुन्नुहोस्, र रकम लगाउनुहोस् र कति समयमा तपाईंले प्राप्त गर्नुहुन्छ लेख्नुहोस्।

टिप्पणी: तपाईंले बच्चाहरूको सहायता गरेको, भेटेरानको भुक्तानी, वा पूरक सुरक्षा आय (SSI) को बारे हामीलाई जनाउनु आवश्यक छैन।

☐कुनै पनि होइन

☐बेरोजगारी	$ _____	कति समयमा?	_____	☐नेट कृषि/माछा मार्नु	$ _____	कति समयमा?	_____
☐पेन्सन	$ _____	कति समयमा?	_____	☐भाडा/लेखकस्व	$ _____	कति समयमा?	_____
☐सामाजिक सुरक्षा	$ _____	कति समयमा?	_____	☐जीउनी/गूठी	$ _____	कति समयमा?	_____
☐अवकाश	$ _____	कति समयमा?	_____	☐अन्य आय	$ _____	कति समयमा?	_____
☐निर्वाह-खर्च	$ _____	कति समयमा?	_____	प्रकार: _____			

२९। **कटौतिहरू:** लागू हुनेलाई चुन्नुहोस्, र रकम लगाउनुहोस् र कति समयमा तपाईंले प्राप्त गर्नुहुन्छ लेख्नुहोस्।

तपाईंले कुनै संघीय आयकर फिर्तीमा कटौती गर्न सकिने केही कुराहरूको लागि तिर्नुहुन्छ भने हामीलाई भन्नुहोस्। यसले स्वास्थ्य कभरेजको लागत केही कम गराउन सक्छ।

नोट: तपाईंले पहिले नै नेट आत्म-रोजगार(प्रश्न २७b) मा दिएको जवाफमा उल्लेख गरिएका लागत समावेश गर्नु हुँदैन।

☐प्रदान गरिएको निर्वाह-खर्च	$ _____	कति समयमा?	_____	☐अन्य कटौतिहरू	$ _____	कति समयमा?	_____
☐विद्यार्थी ऋण ब्याज	$ _____	कति समयमा?	_____	प्रकार: _____			

३०। **वार्षिक आय: तपाईंको आय हरेक महिना परिवर्तन हुन्छ भने यो भर्नुहोस्।**
तपाईंले आफ्नो मासिक आयमा परिवर्तन हुँदैन भन्नुहुन्छ भने, अर्को व्यक्तिमा जानुहोस्।

तपाईंको यो वर्षको कुल आय	तपाईंको अर्को वर्षको कुल आय (भिन्नै हुन्छ भन्ने तपाईंले सोचेमा)
$	$

धन्यवाद! हामीले तपाईंको बारेमा जान्न चाहेको यति नै हो।

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ?** HealthCare.gov मा प्रवेश गर्नुहोस् **वा १-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)** मा कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईंलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईंलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण २: व्यक्ति २

आफु स्वयंको लागि, आफ्नो पति / साथी र सँगै बस्ने बच्चाहरू र/वा तपाईको झैं संघीय आयकर फिर्ती हुनेहरूको लागि चरण २ पूरा गर्नुहोस्। कसलाई समावेश गर्नु पर्ने भन्ने विषयमा थप जानकारीको लागि पृष्ठ १ हेर्नुहोस्। तपाईंले कर फिर्तीको लागि फाइल गर्नु भएनको छैन भने, अझै पनि तपाईंसंग बस्ने परिवारका सदस्यहरू थप्ने कुरा याद गर्नुहोस्।

१। पहिलो नाम,मध्य नाम, अन्तिम नाम, एवं पदनाम:

२। तपाईंसंगको सम्बन्ध?

३। जन्म मिति (मम/दिदि/सासासासा)

४। लिङ्ग: ☐पु. ☐स्त्री.

५। सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSN): _____ ---------- _____ ---------- _____

तपाईलाई स्वास्थ्य कभरेज चाहिन्छ र SSN छ भने हामीलाई यो आवश्यक छ।

६। के व्यक्ति २ तपाईंकै ठेगानामा बस्दछ? ☐हो ☐होइन

यदि होइन भने, ठेगाना दिनुहोस्: _____

७। के **व्यक्ति २ को अर्को वर्ष संघीय आयकर फिर्ती फाइल गर्ने योजना छ?**
(तपाईंले संघीय आयकर फिर्ती फाइल गर्नु हुँदैन भने पनि स्वास्थ्य बीमाको लागि आवेदन गर्न सक्नुहुन्छ।)

☐**हो। यदि हो भने,** कृपया प्रश्न क–ङ सम्म उत्तर दिनुहोस्। ☐**होइन। यदि होइन भने,** प्रश्न घ मा जानुहोस्।

क। के व्यक्ति २ ले पति वा पत्नीसंग संयुक्त रूपमा फाइल गर्छ? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, पति वा पत्नी _____

ख। के व्यक्ति २ ले तपाईको कर फिर्तीमा कुनै आश्रितहरूलाई दावी गर्छ? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, यदि हो भने आश्रितहरूका नाम(हरू)को सूची : _____

ग। के यी कुनै आश्रितहरू कसैसंग बस्छन? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, यदि हो भने आश्रितहरूका नाम(हरू) को सूची : _____

घ। के तपाईंले अर्को वर्ष संघीय आयकर फिर्ती फाइल गर्नु आवश्यक छ? ☐हो ☐होइन

ङ। के व्यक्ति २ लाई कसैको कर फिर्तीमा आश्रितको रूपमा दाबी गरिनेछ? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, कृपया केश फाइल गर्नेहरूको नामको सूची दिनुहोस्: _____

व्यक्ति २ कर फाइल गर्ने व्यक्तिसंग कसरी सम्बन्धित छ? _____

८। के व्यक्ति २ गर्भवती छ? ☐हो ☐होइन **यदि हो भने, क।** यो गर्भमा कति बच्चाहरूको संभावना छ? _____ ख। म्यादको मिति: _____

९। **व्यक्ति २ लाई स्वास्थ्य कभरेजको आवश्यकता पर्छ?** (तिनीहरूको बीमा छ भने पनि, अझै राम्रो कभरेज वा कम लागतको कार्यक्रम हुन सक्छ।)

☐**हो । यदि हो भने**, तल दिएका सबै प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्

☐**होइन । यदि होइन भने,** पृष्ठ ७मा दिइएका आय सम्बन्धित प्रश्नहरूमा जानुहोस्। यो पृष्ठको बाँकी रहेको भाग खाली राख्नुहोस्।

१०। के व्यक्ति २ मा कुनै शारीरिक, मानसिक, वा भावनात्मक स्वास्थ्य गतिविधिमा सीमितता ल्याउन सक्ने अवस्था (नुहाउने, लुगा लगाउने, दैनिक घरधन्दा गर्ने जस्ता कार्यहरू) छन् वा चिकित्सा सुविधा वा नर्सिङ घरमा बस्नुहुन्छ? ☐हो ☐होइन

११। के व्यक्ति २ अमेरिकी नागरिक वा अमेरिकी राष्ट्रीय हो? ☐हो ☐होइन

१२। **यदि व्यक्ति २ अमेरिकी नागरिक वा अमेरिकी राष्ट्रीय होइन भने,** के तिनीहरूको योग्य अप्रवासी अवस्था छ?

☐हो। तल दिएको तिनीहरूको दस्तावेजको प्रकार र आइडी संख्या लेख्नुहोस्।

क। दस्तावेजको प्रकार _____ ख। दस्तावेजको आइडी संख्या _____

ग। के व्यक्ति २ अमेरिकामा १९९६बाट बसेको हो? ☐हो ☐होइन

घ। के व्यक्ति २, वा तिनीहरूका पति वा पत्नी वा आमाबाबु भेटेरान वा अमेरिकी सैन्यको सक्रिय-कर्तव्य सदस्य हुन? ☐हो ☐होइन

१३। के व्यक्ति २ लाई विगत ३ महिनादेखिको चिकित्सा बिल तिर्नको लागि मद्दत चाहिन्छ?
☐हो ☐होइन

१४। के व्यक्ति २ उमेरमा १९ भन्दा कमको कम्तिमा एक बच्चासंग बस्छ, र उ यस बच्चाको हेरविचार गर्ने मुख्य व्यक्ति हो?
☐हो ☐होइन

१५। के तपाईं १८ वा त्योभन्दा बढी उमेरको हुँदा टुहुरा हेरविचारमा हुनुहुन्थ्यो?
☐हो ☐होइन

यदि व्यक्ति २ को उमेर २२ वा त्योभन्दा कम भएमा तल दिएका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्:

१६। के व्यक्ति २ को कामको माध्यमबाट बीमा थियो र विगत ३ महिनामा रोकियो? ☐हो ☐होइन

क। **यदि हो भने**, समाप्ति मिति: _____ ख। बीमा सकिने कारण: _____

१७। के व्यक्ति २ एउटा पूर्णकालिक विद्यार्थी हो? ☐हो ☐होइन

१८। **हिस्पानिक / ल्याटिनो, नस्ल हो भने (वैकल्पिक - सबै लागू हुने चयन गर्नुहोस्च।)**

☐म्याक्सिकन ☐म्याक्सिकन अमेरिकी ☐शिकानो/a ☐प्युरटो रिकन ☐क्युबान ☐अन्य _____

१९। **जाति (वैकल्पिक—लागू हुनेलाई चुन्नुहोस्.)**

☐सेता ☐कोरियाली ☐जापानी ☐हवायेली निवासी ☐ग्वामानियाली वा चामोर्रो

☐भियातनामी ☐एसियाली भारतीय ☐फिलिपियाली ☐काला वा अफ्रिकी अमेरिकी ☐अन्य प्रसान्त द्वीपवासी

☐चिनियाँ ☐अन्य एसियाली ☐सामोयाली ☐अमेरिकी भारतीय वा अलास्काका निवासी ☐अन्य _____

अब, व्यक्ति २ बाट हुने कुनै पनि आयको बारेमा पछाडिपट्टि लेख्नुहोस्।

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ? HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस् **वा १-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)**मा कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईंलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईंलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण २: व्यक्ति २

वर्तमान काम एवं आय विवरण

☐**रोजगार**
यदि तपाईं अहिले काम गर्दै हुनुहुन्छ भने, आफ्नो आयको बारेमा भन्नुहोस्। प्रश्न २० बाट शुरू गर्नुहोस्।

☐**बेरोजगार**
प्रश्न ३०मा जानुहोस्।

☐**स्वरोजगार**
प्रश्न २९ मा जानुहोस्

वर्तमान काम १:

२०। रोजगारदाताको नाम र ठेगाना

२१। रोजगारदाताको फोन नम्बर
( ) --

२२। ज्याला/टिप्स (करको अघि) ☐घण्टामा ☐साप्ताहिक ☐हरेक २ हप्तामा ☐महिनामा दुइपल्ट ☐मासिक ☐वार्षिक
$ _____

२३। हरेक हप्ता काम गरेका औसत घण्टा

वर्तमान काम २: (यदि तपाईंसंग धेरै काम छन र बढी ठाउँ चाहिन्छ भने, कागतको अर्को पाना थप्नुहोस्।)

२४। रोजगारदाता नाम र ठेगाना

२५। रोजगारदाताको फोन नम्बर
( ) --

२६। ज्याला/टिप्स (करको अघि) ☐घण्टामा ☐साप्ताहिक ☐हरेक २ हप्तामा ☐महिनामा दुइपल्ट ☐मासिक ☐वार्षिक
$ _____

२७। हरेक हप्ता काम गरेका औसत घण्टा

२८। **बितेका वर्षहरूमा, के व्यक्ति २ ले:** ☐काम परिवर्तन गर्यो ☐काम गर्न छाड्यो ☐कम समय काम गर्न थाल्यो ☐यीमध्ये कुनै पनि होइन

२९। **यदि स्वरोजगार भएमा, तल दिएका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्:**

क। कामको प्रकार
_____

ख। यो स्व-रोजगारबाट यो महिना तपाईंले कति मोठ आय (एकपल्ट व्यवसायको खर्च तिरिसकेपछि) प्राप्त गर्नुहुन्छ?
$ _____

३०। **यो महिनाको अन्य आय:** लागू हुनेलाई चुन्नुहोस्, र रकम लगाउनुहोस् र कति समयमा तपाईंले प्राप्त गर्नुहुन्छ लेख्नुहोस्।

टिप्पणी: तपाईंले बच्चाको सहायता, भेटेरानको भुक्तानी, वा पूरक सुरक्षा आय (SSI) बारे हामीलाई बताउन आवश्यक छैन।

☐कुनै पनि होइन

☐बेरोजगारी	$ _____	कति समयमा?	_____	☐नेट कृषि/माछा मार्नु	$ _____	कति समयमा?	_____
☐पेन्सन	$ _____	कति समयमा?	_____	☐भाडा/लेखकस्व	$ _____	कति समयमा?	_____
☐सामाजिक सुरक्षा	$ _____	कति समयमा?	_____	☐जीउनी/गूठी	$ _____	कति समयमा?	_____
☐अवकाश	$ _____	कति समयमा?	_____	☐अन्य आय	$ _____	कति समयमा?	_____
☐निर्वाह-खर्च	$ _____	कति समयमा?	_____	प्रकार: _____			

३१। **कटौतिहरू:** लागू हुनेलाई चुन्नुहोस्, र रकम लगाउनुहोस् र कति समयमा तपाईंले प्राप्त गर्नुहुन्छ लेख्नुहोस्।

व्यक्ति २ ले कुनै संघीय आयकर फिर्तीमा कटौती गर्न सकिने केही कुराहरूको लागि तिर्छ भने हामीलाई भन्नुहोस्। यसले स्वास्थ्य कभरेजको लागत केही कम गराउन सक्छ।।

टिप्पणी: तपाईंले पहिले नै नेट आत्म-रोजगार(प्रश्न २७b) मा दिएको जवाफमा उल्लेख गरिएका लागत समावेश गर्नु हुँदैन।

☐प्रदान गरिएको निर्वाह-खर्च	$ _____	कति समयमा?	_____	☐अन्य कटौतिहरू	$ _____	कति समयमा?	_____
☐विद्यार्थी ऋण ब्याज	$ _____	कति समयमा?	_____	प्रकार: _____			

३२। **वार्षिक आय: व्यक्ति २ को आय हरेक महिना परिवर्तन हुन्छ भने यो भर्नुहोस्।**
तपाईंले व्यक्ति २ को मासिक आयमा परिवर्तन हुँदैन भन्नुहुन्छ भने, अर्को व्यक्तिमा जानुहोस् ।

व्यक्ति २को यो वर्षको कुल आय	व्यक्ति २को अर्को वर्षको कुल आय (भिन्नै हुन्छ भन्ने तपाईंले सोचेमा)
$	$

धन्यवाद! हामीले व्यक्ति २ को बारेमा जान्न खोजेको कुरा यही हो।

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ?** HealthCare.gov मा प्रवेश गर्नुहोस् **वा १-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)**मा कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईंलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईंलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण २: व्यक्ति ३

आफु स्वयंको लागि, आफ्नो पति / साथी र सँगै बस्ने बच्चाहरू र/वा तपाईको झैं संघीय आयकर फिर्ती हुनेहरूको लागि चरण २ पूरा गर्नुहोस्। कसलाई समावेश गर्नु पर्ने भन्ने विषयमा थप जानकारीको लागि पृष्ठ १ हेर्नुहोस्। तपाईले कर फिर्तीको लागि फाइल गर्नु भएनको छैन भने, अझै पनि तपाईसंग बस्ने परिवारका सदस्यहरू थप्ने कुरा याद गर्नुहोस्।

१। पहिलो नाम,मध्य नाम, अन्तिम नाम, एवं पदनाम:

२। तपाईंसंगको सम्बन्ध?

३। जन्म मिति (मम/दिदि/सासासासा)

४। लिङ्ग: ☐पु. ☐स्त्री.

५। सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSN): _____ ---------- _____ ---------- _____

तपाईंलाई स्वास्थ्य कभरेज चाहिन्छ र SSN छ भने हामीलाई यो आवश्यक छ।

६। के व्यक्ति ३ तपाईंकै ठेगानामा बस्छ? ☐हो ☐होइन

यदि होइन भने, ठेगाना दिनुहोस्: _____

७। के **व्यक्ति ३ को अर्को वर्ष संघीय आयकर फिर्ती फाइल गर्ने योजना छ?**
(तपाईंले संघीय आयकर फिर्ती फाइल गर्नु हुँदैन भने पनि स्वास्थ्य बीमाको लागि आवेदन गर्न सक्नुहुन्छ।)

☐**हो। यदि हो भने,** कृपया प्रश्न क–ङ सम्म उत्तर दिनुहोस्। ☐**होइन। यदि होइन भने,** प्रश्न घ मा जानुहोस्।

क। के व्यक्ति ३ ले पति वा पत्नीसंगै फाइल गर्नुहुन्छ? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, पति वा प _____

ख। के व्यक्ति ३ ले तपाईको कर फिर्तीमा कुनै आश्रितको दाबी गर्छ? ☐हो ☐होइन

ग। के यी कुनै आश्रितहरू कसैसंग बस्छन? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, यदि हो भने आश्रितहरूका नाम(हरू) को सूची : _____

घ। के तपाईंलाई अर्को वर्ष संघीय आयकर फिर्ती फाइल गर्न आवश्यक पर्छ? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, यदि हो भने आश्रितहरूका नाम(हरू) को सूची _____

ङ। के व्यक्ति ३ लाई कसैको कर फिर्तीमा कुनै आश्रितलाई दाबी गर्नुहुन्छ? ☐हो ☐होइन

यदि हो भने, कृपया केश फाइल गर्नेहरूको नामको सूची दिनुहोस्: _____

के व्यक्ति ३ कर फिल्टरसंग सम्बन्धित छ? _____

८। व्यक्ति ३ गर्भवती छ? ☐हो ☐होइन **यदि हो भने, क।** यो गर्भमा कति बच्चाहरूको संभावना छ? ख। म्यादको मिति:

९। **के व्यक्ति ३ लाई स्वास्थ्य कभरेज चाहिन्छ?** (उनीहरूको बीमा भए तापनि, अझ राम्रो कभरेज र कम खर्चमा हुने कुनै कार्यक्रम हुन सक्छन।)

☐**हो यदि हो भने**, तल दिएका सबै प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्

☐**होइन यदि होइन भने,** पृष्ठ ७ का आय सम्बन्धित प्रश्नहरूमा जानुहोस्।
यो पृष्ठको बाँकी रहेको भाग खाली राख्नुहोस्।

१०। के व्यक्ति ३ मा कुनै शारीरिक, मानसिक, वा भावनात्मक स्वास्थ्य गतिविधिमा सीमितता ल्याउन सक्ने अवस्था (नुहाउने, लुगा लगाउने, दैनिक घरधन्दा गर्ने जस्ता कार्यहरू) छन् वा चिकित्सा सुविधा वा नर्सिङ घरमा बस्छ? ☐हो ☐होइन

११। के व्यक्ति ३ अमेरिकी नागरिक वा अमेरिकी राष्ट्रीय हो? ☐हो ☐होइन

१२। **यदि व्यक्ति ३ अमेरिकी नागरिक वा अमेरिकी राष्ट्रीय होइन भने,** के तिनीहरूको योग्य अप्रवासी अवस्था छ?

☐हो। तिनीहरूको दस्तावेजको प्रकार र आइडी संख्या तल भर्नुहोस्।

क। दस्तावेजको प्रकार _____ ख। दस्तावेजको आइडी संख्या _____

ग। व्यक्ति ३ अमेरिकामा १९९६बाट बसोबास गर्दै छ? ☐हो ☐होइन

घ। के व्यक्ति ३, वा उसको पति वा पत्नी वा बाबुआमा अमेरिकी सेनाको भूतपूर्व सैनिक वा सक्रिय कार्य सदस्य हो? ☐हो ☐होइन

१३। के व्यक्ति ३ लाई यस अघिका अन्तिम ३ महिनाको लागि तिर्ने चिकित्सा खर्च चाहिन्छ?
☐हो ☐होइन

१४। के व्यक्ति ३ कुनै एउटा वा बढी १९ वर्षभन्दा कम उमेरका बच्चासंग बस्छ, र के उसले व्यक्तिगत रूपमा बच्चाको हेरविचार गर्छ? ☐हो ☐होइन

१५। व्यक्ति ३आफु १८ वर्ष वा बढी उमेरको हुँदा पाल्ने हेरविचारमा थियो?
☐हो ☐होइन

यदि व्यक्ति ३ को उमेर २२ वा कम भएमा, तल दिएका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्:

१६। के व्यक्ति ३ को कामको माध्यमबाट बीमा भएको छ र ३ महिना अघि यो बीमा सकिएको छ? ☐हो ☐होइन

क। **यदि हो भने**, समाप्ति मिति: _____ ख। बीमा सकिने कारण: _____

१७। के व्यक्ति ३ पूर्णकालीन विद्यार्थी हो? ☐हो ☐होइन

१८। **हिस्पानिक / ल्याटिनो, नस्लको हो भने (वैकल्पिक - लागू हुने सबै चुन्नुहोस्।)**

☐म्याक्सिकन ☐म्याक्सिकन अमेरिकी ☐शिकानो/a ☐प्युरटो रिकन ☐क्युबान ☐अन्य _____

१९। **जाति (वैकल्पिक—लागू हुनेलाई चुन्नुहोस्.)**

☐सेता ☐कोरियाली ☐जापानी ☐हवायेली निवासी ☐ग्वामानियाली वा चामोर्रो

☐भियातनामी ☐एसियाली भारतीय ☐फिलिपियाली ☐काला वा अफ्रिकी अमेरिकी ☐अन्य प्रसान्त द्वीपवासी

☐चिनियाँ ☐अन्य एसियाली ☐सामोयाली ☐अमेरिकी भारतीय वा अलास्काका निवासी ☐अन्य _____

अब हामीलाई व्यक्ति ३ बाट प्राप्त भएको आयको विवरण पछाडिपट्टि दिनुहोस्।

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ ? HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस् **वा १-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)**मा कल गर्नुहोस् । Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईंलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईंलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण २: व्यक्ति ३

वर्तमान काम एवं आय विवरण

☐**रोजगार**
यदि तपाईं अहिले काम गर्दै हुनुहुन्छ भने, आफ्नो आयको बारेमा भन्नुहोस्। प्रश्न २० बाट शुरू गर्नुहोस्।

☐**बेरोजगार**
प्रश्न ३० मा जानुहोस्।

☐**स्वरोजगार**
प्रश्न २९ मा जानुहोस।

वर्तमान काम १:

२०। रोजगारदाता नाम र ठेगाना

२१। रोजगारदाताको फोन नम्बर
( ) --

२२। ज्याला/टिप्स (करको अघि) ☐घण्टामा ☐साप्ताहिक ☐हरेक २ हप्तामा ☐महिनामा दुइपल्ट ☐मासिक ☐वार्षिक
$ _____

२३। हरेक हप्ता काम गरेका औसत घण्टा

वर्तमान काम २: (यदि तपाईंसंग धेरै काम छन र बढी ठाउँ चाहिन्छ भने, कागतको अर्को पाना थप्नुहोस्।)

२४। रोजगारदाता नाम र ठेगाना

२५। रोजगारदाताको फोन नम्बर
( ) --

२६। ज्याला/टिप्स (करको अघि) ☐घण्टामा ☐साप्ताहिक ☐हरेक २ हप्तामा ☐महिनामा दुइपल्ट ☐मासिक ☐वार्षिक
$ _____

२७। हरेक हप्ता काम गरेका औसत घण्टा

२८। **यस अघिका वर्षहरूमा व्यक्ति ३ ले:** ☐काम परिवर्तन गर्यो ☐काम गर्न छाड्यो ☐कम समय काम गर्न थाल्यो ☐यीमध्ये कुनै पनि होइन

२९। **यदि स्वरोजगार भएमा, तल दिएका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्:**

क। कामको प्रकार
_____

ख। यो स्व-रोजगारबाट यो महिना तपाईंले कति मोठ आय (एकपल्ट व्यवसायको खर्च तिरिसकेपछि) प्राप्त गर्नुहुन्छ?
$ _____

३०। **यो महिनाका अन्य आय:** लागू हुनेलाई चुन्नुहोस्, र रकम लगाउनुहोस् र कति समयमा तपाईंले प्राप्त गर्नुहुन्छ लेख्नुहोस्।

टिप्पणी: तपाईंले बच्चाको सहायता, भेटेरानको भुक्तानी, वा पूरक सुरक्षा आय (SSI) बारे हामीलाई बताउन आवश्यक छैन

☐कुनै पनि होइन

☐बेरोजगारी $ _____ कति समयमा? _____
☐पेन्सन $ _____ कति समयमा? _____
☐सामाजिक सुरक्षा $ _____ कति समयमा? _____
☐अवकाश $ _____ कति समयमा? _____
☐निर्वाह-खर्च $ _____ कति समयमा? _____
☐नेट कृषि/माछा मार्नु $ _____ कति समयमा? _____
☐भाडा/लेखकस्व $ _____ कति समयमा? _____
☐जीउनी/गूठी $ _____ कति समयमा? _____
☐अन्य आय $ _____ कति समयमा? _____
प्रकार: _____

३१। **कटौतिहरू:** लागू हुनेलाई चुन्नुहोस्, र रकम लगाउनुहोस् र कति समयमा तपाईंले प्राप्त गर्नुहुन्छ लेख्नुहोस्।

व्यक्ति ३ ले कुनै संघीय आयकर फिर्तीमा कटौती गर्न सकिने केही कुराहरूको लागि तिर्छ भने हामीलाई भन्नुहोस्। यसले स्वास्थ्य कभरेजको लागत केही कम गराउन सक्छ।

टिप्पणी: तपाईंले पहिले नै नेट आत्म-रोजगार(प्रश्न २७b) मा दिएको जवाफमा उल्लेख गरिएका लागत समावेश गर्नु हुँदैन।

☐प्रदान गरिएको निर्वाह-खर्च $ _____ कति समयमा? _____
☐विद्यार्थी ऋण ब्याज $ _____ कति समयमा? _____
☐अन्य कटौतिहरू $ _____ कति समयमा? _____
प्रकार: _____

३२। **वार्षिक आय: व्यक्ति ३ को आय हरेक महिना परिवर्तन हुन्छ भने यो भर्नुहोस्।**
तपाईंले व्यक्ति ३ को मासिक आयमा परिवर्तन हुँदैन भन्नुहुन्छ भने, अर्को व्यक्तिमा जानुहोस्।

व्यक्ति ३ को यो वर्षको कुल आय	व्यक्ति ३ को अर्को वर्षको कुल आय (भिन्नै हुन्छ भन्ने तपाईंले सोचेमा)
$	$

धन्यवाद! यो सबै नै हामीले व्यक्ति ३ को बारेमा जान्न चाहेका थियौं।

यदि तपाईंले तीनभन्दा बढी व्यक्तिहरू समावेश गर्नु पर्ने छ भने, चरण २ व्यक्ति ३ (पृष्ठहरू ६ र ७) को एउटा प्रति बनाउनुहोस्: र ती व्यक्तिहरूको लागि प्रश्नहरू पूरा गर्नुहोस्।

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ?** HealthCare.gov मा प्रवेश गर्नुहोस् **वा १-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)** मा कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईंलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईंलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण ३ अमेरिकी भारतीय वा अलास्काका निवासी (AI/AN)का परिवारका सदस्य(हरू)

१। के तपाईंका वा तपाईंको परिवारको सदस्यहरूमा कोई अमेरिकी भारतीय वा अलास्काको निवासी छ?

☐यदि होइन भने, चरण ४ मा जानुहोस्।

☐**हो। यदि हो भने**, परिशिष्ट ख मा जानुहोस्.

चरण ४ तपाईंका परिवारको स्वास्थ्य कभरेज

कुनै स्वास्थ्य कभरेजको आवश्यकता पर्नेहरूको लागि यी प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्।

१। तलका **कसैलाई अहिले स्वास्थ्य कभरेजमा भर्ना गरिएको छ?**

☐**हो। यदि हो भने**, कभरेजको प्रकार जाँच गर्नुहोस् र तिनीहरूको कभरेजको पछि व्यक्ति(हरू)को नाम(हरू) लेख्नुहोस्avङ। ☐**होइन**

☐Medicaid _____

☐CHIP _____

☐मेडिकेयर _____

☐TRICARE (तपाईंसंग लाइन अफ ड्युटिको सीधा हेरविचार छ भने नचुन्नुहोस्)

_____

☐VA स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमहरू _____

☐शान्ति पल्टन

☐रोजगारदाता बीमा _____

स्वास्थ्य बीमाको नाम: _____

पलिसि संख्या: _____

के यो COBRA कभरेज हो? ☐हो ☐होइन

के यो रिटायरी स्वास्थ्य योजना हो? ☐हो ☐होइन

☐अन्य

स्वास्थ्य बीमाको नाम:

पलिसि संख्या: _____

के यो एउटा सीमित-लाभ योजना हो (विद्यालय दुर्घटना पलिसीको झैं)?

☐हो ☐होइन

२। **यस आवेदनमा सूचीकृत कसैलाई स्वास्थ्य कभरेज प्रदान गरिएको छ?** यो कभरेज आमाबाबु वा पति वा पत्नीको लगायत अरू कसैको नोकरीमा छ भने पनि 'हो' भन्ने चुन्नुहोस्।

☐**हो। यदि हो भने,** तपाईंले परिशिष्ट क पूरा गरेर समावेश गर्नु पर्नेछ।। के यो एउटा राज्य कर्मचारी योजना हो? ☐हो ☐होइन

☐**होइन। यदि होइन भने, चरण ५ मा जानुहोस्।**

PRA प्रकटीकरण विवरण

कागजी कार्रवाई कटौति ऐन १९९५ को अनुसार, कुनै व्यक्तिले वैध OMB नियन्त्रण नम्बर प्रदर्शन नभएसम्म जानकारीका संग्रहको प्रतिक्रिया गर्न आवश्यक छैन। यो जानकारी संग्रहको लागि मान्य OMB नियन्त्रण नम्बर ०९३८-XXXX हो। यो जानकारी संग्रह पूरा गर्नको लागि आवश्यक समय, अवस्थित डेटा स्रोतको खोज, आवश्यक पर्ने डाटाको संग्रह गर्ने र जानकारीको संग्रहलाई पूरा गरेर समीक्षा गर्ने समय सहित प्रति प्रतिक्रियाको औसत [सम्मिलित समय (घण्टा वा मिनेट)] हो भन्ने अनुमान गरिएको छ। तपाईंलाई यो फारमलाई सुधारको लागि समय अनुमान(हरू)को सत्यतालाई लिएर टिप्पणी वा सुझावहरू भएमा, कृपया हामीलाई यो ठेगानामा पत्र लेख्नुहोस: सीएमएस, ७५०० सेक्युरिटी बोलवर्ड, Attn: PRA रिपोर्ट्स क्लियरेन्स अफिसर, मेल स्टोप C४-२६-०५, बाल्टिमोर, मेरीलेन्ड २१२४४-१८५०.

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ? HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस् **वा १-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)**मा कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईंलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईंलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

चरण ५ यो आवेदन पढेर हस्ताक्षर गर्नुहोस्

- म मिथ्यागवाही कामको दण्ड अन्तर्गत यस आवेदनमा हस्ताक्षर गर्दैछु, जसको अर्थ यो हो कि आफ्नो ज्ञानको उच्च अवस्थाको प्रयोग गरेर मैले यो फारमका सबै प्रश्नहरूको साँचो जवाफ प्रदान गरें। म झूटो र वा असत्य जानकारी प्रदान गरेमा मलाई संघीय व्यवस्था अन्तर्गत दण्ड हुन सक्छ भन्ने कुरा जान्दछु।
- मैले यो आवेदनमा लेखेका कुराहरूमा केहि परिवर्तन गरेमा (र यो भन्दा भिन्न छ) मैले स्वास्थ्य बीमा बजार वा Medicaid एजेन्सीलाई जानकारी गर्नु पर्छ भनेर जान्दछु। मैले कुनै पनि परिवर्तनको जानकारी दिनको लागि **HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्न वा १-८७७-४६४-२४४७ कल गर्न सक्छु। मैले मेरो जानकारीमा केही परिवर्तन गर्नाले मेरो परिवारका सदस्य (हरू)को योग्यतामा असर पर्न सक्छ भनेर जान्दछु।
- म जान्दछु कि संघीय व्यवस्था अन्तर्गत जाति, रंग, राष्ट्रियता, लिंग, उमेर, यौन अभिमुखीकरण, लिङ्ग पहिचान, वा अशक्तताको आधारमा भेदभावको अनुमति छैन। मैले **www.hhs.gov/ocr/office/file** प्रवेश गरेर भेदभावको गुनासो पेश गर्न सक्छु।
- म यस आवेदनमा स्वास्थ्य बीमाका लागि आवेदन गर्ने कुनै पनि व्यक्ति थुनामा परेको (थुनुवा भएको वा जेल गएको) छैन भन्ने पुष्टि गर्दछु। यदि मैले थुना परेको कुनै व्यक्ति समावेश गरेको छ भने, मैले उसको मुक्ति नभएसम्म स्वास्थ्य लाभको लागि योग्य हुनेछैन भने बुझें।

निम्न व्यक्ति थुनामा परेको छ _____ र छुट्नेछ _____

हामीले तपाईंले आवेदन गर्न छनौट गरेको स्वास्थ्य कभरेजको रकम तिर्ने मद्दतको लागि तपाईंको योग्यता जाँच गर्न यो जानकारी आवश्यक छ। हामी आन्तरिक राजस्व सेवा (आईआरएस), सामाजिक सुरक्षा, मातृभूमि सुरक्षा विभाग, र / वा उपभोक्ता रिपोर्टिङ एजेन्सी देखि हाम्रो इलेक्ट्रनिक डेटाबेस र डेटाबेसको जानकारी उपयोग गरेर तपाईंको जवाफ जाँच छौं। जानकारी मेल खाँदैन भने, हामी प्रमाण पठाउन तपाईंले सोध्न सक्छ।

भविष्यमा कभरेजको नविकरण

भविष्यमा स्वास्थ्य कभरेजको भुक्तानी गर्न यो सजिलो मद्दतको लागि मेरो योग्यता निर्धारण गर्न, म बजारलाई कर फिर्ताको जानकारी सहित आय डाटा, प्रयोग गर्न अनुमति दिन सहमत छु। यो बजारले मलाई सूचना पठाउँछ, मलाई कुनै पनि परिवर्तन गर्न दिन्छ, र म कुनै पनि समयमा मलाई मन परेको कभरेज रोज्न सक्छु।

हो, अर्को कभरेजको लागि मेरो योग्यता स्वतः नविकरण गर्नुहोस्

☐५ वर्ष (प्रदान गरिएका न्युनतम वर्षहरू), वा कम वर्षको लागि:

☐४ वर्ष ☐३ वर्ष ☐२ वर्ष ☐१ वर्ष ☐ मेरो कभरेजलाई नवीनीकरण गर्नको लागि कर भुक्तानीबाट विवरण प्रयोग नगर्नुहोला।

यदि Medicaid का लागि यो आवेदनका कुनै पनि व्यक्ति योग्य भएमा

- म Medicaid एजेन्सीलाई अन्य स्वास्थ्य बीमा, कानुनी व्यवस्थापन, वा अन्य तेस्रो पक्षबाट कुनै पनि पैसा प्राप्त गर्न हाम्रो अधिकार प्रदान गर्दछु। म पति वा पत्नी वा आमाबाबुबाट चिकित्सा समर्थन प्राप्त गर्न Medicaid एजेन्सीलाई अधिकार प्रदान गर्दछु।
- यो आवेदनमा भएको कुनै पनि बच्चाको जीवित अभिभावक घर बाहिर छ? ☐हो ☐होइन
- हो भने, मलाई अनुपस्थित आमाबाबुबाट चिकित्सा समर्थन संकलन गर्न एजेन्सीलाई सहयोग गर्न आग्रह गरिनेछ भन्ने थाहा छ। यदि चिकित्सा समर्थन सङ्कलन गर्न सहयोग गरेमा मलाई वा मेरा बच्चाहरूलाई हानि हुनेछ भन्ने सोचें भने, मैले Medicaid लाई भन्न सक्छु र सहयोग नगर्न सक्छु।
- म नर्सिङ होममा छु भने, DHHS ले कार्यक्रमको राम्रो प्रबन्धन गर्न नर्सिङ होमसंग योग्यता जानकारी आदान-प्रदान गर्न सक्षम हुनुपर्छ, भन्ने जान्दछु। मैले तल गरेको हस्ताक्षरले त्यो विनिमयको लागि अधिकृत गर्दछ र मैले नर्सिङ होममा हेरविचारको लागि DHHS को सहयोग प्राप्त गरेसम्म प्रभावमा रहिरहन्छ।
- दीर्घकालीन हेरविचार सेवाहरु (नर्सिङ सुविधा वा घर र समुदाय आधारित हेरविचार) को लागि, मैले मेरो पति वा पत्नी वा मेरो कुनै पनि वार्षिकीमा भएको कुनै पनि चासो DHHS लाई खुलासा गर्न आवश्यक छ भनेर जान्दछु।
- मैले वा मेरो पति वा पत्नीले दीर्घकालीन हेरविचार सेवाहरूको लागि अनुरोध गरेमा, मेरो पति वा पत्नीले वा मैले फेब्रुअरी ८, २००६ वा त्यसभन्दा पछि खरिद वा संशोधन गरेको कुनै पनि वार्षिकीलाई राज्यले लाभकारी स्थिति प्राप्त गगरेसम्म निष्पक्ष बजार मूल्य भन्दा कम सम्पत्ति स्थानान्तरणको चर्चा दीर्घकालीन हेरविचार सेवाहरूको लागि Medicaidको कम राशि प्राप्त हुनेछ भन्ने जान्दछु।
- म जान्दछु कि मैले प्रदान गरेको जानकारी जमानत सम्पर्क र / वा संघीय, राज्य, र स्थानीय अधिकारीहरुद्वारा प्रमाणित हुनेछ र यदि कुनै जानकारी गलत वा झूटा भएमा, वा मैले सहयोग प्राप्त गरेको सम्बन्धित जानकारी नदिएमा, अहिले वा भविष्यमा मैले आफ्नो लाभ गुमाउन सक्छु र धोखाधडीका लागि थुनामा पर्न सक्छु।
- म जान्दछु कि तल र / वा आवेदनमा गरेको मेरो हस्ताक्षरले मलाई वा मेरो सहयोग समूह (AG)को कुनै सहायताका लागि योग्यता आवश्यकताहरू पूरा भएको प्रमाणिकरण प्राप्त गर्न DHHS ले अधिकृत गर्दछ, र DHHS लाई यस्तो जानकारी दिन अधिकृत गर्दछ। DHHS जानकारी जारी गर्ने मेरो प्राधिकरण तबसम्म रही रहन्छ जबसम्म मलाई वा AG मा भएको कसैलाई DHHS को कुनै प्रकारको सहयोग प्राप्त भइरहन्छ।
- म जान्दछु कि तल र / वा आवेदनमा गरेको मेरो हस्ताक्षरले DHHS र कुनै पनि तेस्रो पार्टीलाई मेरो वा सहायता समूह (AG)को कसैलाई पनि मैले आय व्यक्ति, पहिचानको मेरो आय, पहिचान, र सम्पत्ति, र आय, पहिचान, र सम्पत्ति प्रमाणित गर्न अनुबंधित सहायताको लागि योग्यता निर्धारण गर्न आवश्यक हुन्छ। यी प्रमाणीकरणलाई संचालन गर्ने प्रमाणीकरण वा खारेज हुने अनुमति नदिनाले सहयोगको सञ्चालन गर्न अनुमति दिन सकिंदैन।

मेरो अपिल गर्ने अधिकार

स्वास्थ्य बीमा बजार वा DHHS ले गल्ती गर्यो भन्ने मलाई लाग्छ भने, मैले त्यो निर्णयप्रति अपिल गर्न सक्छु। अपील गर्नु भनेको मलाई कार्य गलत छ भन्ने लाग्छ भनेर स्वास्थ्य बीमा बजार वा DHHSको कसैलाई भन्नु हो, र कार्यको लागि प्रशासनिक अपिलको लागि भन्नु हो। मैले **१-८००-३१८-२५९६** वा DHHSलाई **(६०३) २७१-४२९२** मा बजारसंग सम्पर्क गरेर अपिल कसरी गर्ने भन्ने जानेको छ। म आफैंदेखि बाहेक अन्य कसैले प्रक्रियामा मेरो प्रतिनिधित्व गर्न सक्नेछ भनेर जान्दछु। मेरो योग्यता र अन्य महत्त्वपूर्ण जानकारी मलाई बुझाइनेछ।

यस आवेदन साइन इन गर्नुहोस्। चरण १ भर्ने व्यक्तिले यस आवेदनमा हस्ताक्षर गर्नुपर्छ। तपाई अधिकृत प्रतिनिधि हुनुहुन्छ भने, तपाईले परिशिष्ट ग मा आवश्यक जानकारी प्रदान गरेमा यहाँ हस्ताक्षर गर्न सक्नु हुनेछ। तल दिएको तपाईंको हस्ताक्षरले, मिथ्यागवाहीको दण्ड अन्तर्गत, तपाईंले परिशिष्ट र इन्सर्टमा संकेत गरिएका कुनै पनि जानकारी सहित, यो आवेदनमा दिइएका जानकारीको समीक्षा गर्नुभयो र यो मेरो ज्ञान अनुसार सही र पूरा भएको छ भन्ने बुझाउँछ।

हस्ताक्षर _____ मिति (मम/दिदि/सासासासा) _____

चरण ६ पूरा गरेको आवेदन मेल गर्नुहोस्

आफ्नो हस्ताक्षर गरेको आवेदन CMU लाई मेल गर्नुहोस्:

सेन्ट्रल Medicaid युनिट (CMU)
१२९ प्लिजेन्ट स्ट्रिट
कन्कोर्ड NH ०३३०१

आफ्नो हस्ताक्षर गरेको आवेदन CMU लाई फ्याक्स गर्नुहोस्:

(६०३) २७१-८६०४

आफ्नो आवेदनको लागि ग्राहक सेवालाई कल गर्नुहोस्:

(६०३) २७१-९७०० वा टोल फ्री

१-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)

यदि तपाईंले CMU लाई मेल वा फ्याक्स गरिएको आवेदनलाई पालन गर्न चाहनुहुन्छ भने, तपाईंले तिनीहरूलाई (६०३) २७१-९७२९ वा टोल फ्री नम्बर १-८७७-४६४-२४४७ मा कल गर्न सक्नु हुनेछ।

यदि तपाईंले DFA फारम ८००MA इन्सर्ट भर्नुहुँदैछ भने, तपाईंले आफ्नो स्थानीय जिल्ला कार्यालयमा इन्सर्ट सहित यस आवेदनका सबै पृष्ठ पठाउनु पर्छ।

परिशिष्ट क

नोकरीबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य कभरेज

तपाईंको घरमा कसैले नोकरीबाट प्रदान गरिने स्वास्थ्य कभरेजको लागि योग्य छैन भने यी प्रश्नहरूको जवाफ दिने **आवश्यकता** छैन।
कभरेज प्रदान गर्ने प्रत्येक कामको लागि यो पृष्ठको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुहोस्।

कभरेज प्रदान गर्ने **काम** बारे हामीलाई भन्नुहोस्।

तपाईंलाई यी प्रश्नहरूको जवाफ भेट्टाउन मद्दत गर्न कभरेज प्रदान गर्ने संस्थालाई अर्को पृष्ठमा भएको नियोक्ता कभरेज उपकरण दिनुहोस्। तपाईंले आफ्नो आवेदनमा नियोक्ता कभरेज उपकरण न पठाएर यो पृष्ठ समावेश गर्न आवश्यक छ।

कर्मचारीको विवरण

१। कर्मचारी नाम (पहिलो,मध्य, अन्तिम)	२। कर्मचारीको सामाजिक सुरक्षा संख्या ----- ------

रोजगारदाताको विवरण

३। रोजगारदाताको नाम	४। रोजगारदाताको पहिचान संख्या (EIN) -----
५। रोजगारदाता ठेगाना	६। रोजगारदाताको फोन नम्बर ( ) ---

७। शहर:	८। राज्य:	९। जिप कोड:

१०। यो काममा कर्मचारी स्वास्थ्य कभरेजको लागि हामीले कसलाई सम्पर्क गर्नु?

११। फोन नम्बर (माथिको भन्दा बेग्लै भएमा) ( ) ---	१२। इमेल ठेगाना

१३। **के तपाईं हालमा यस संस्थाद्वारा प्रदान गरिएको कभरेजको लागि योग्य हुनुहुन्छ, वा तपाईं अर्को ३ महिनामा योग्य हुनुहुन्छ?**

☐**हो** (जारी राख्नुहोस्)

१३क। तपाईं पर्खने वा कालावधिमा हुनुहुन्छ भने, तपाईं कहिले कभरेजमा भर्ना गर्न सक्नुहुन्छ? _____ (मम/दिदि/सासासासा)

यो कामबाट कभरेज प्राप्त गर्न योग्य अरू कसैको नाम दिनुहोस्।

नाम: _____ नाम: _____ नाम: _____

☐**होइन** (यहाँ रोक्नुहोस् र आवेदनको ५ मा जानुहोस्)

रोजगारदाताले प्रदान गरेको **स्वास्थ्य योजना** बारेमा हामीलाई भन्नुहोस्।

१४। के रोजगारदाताले प्रदान गरेको स्वास्थ्य योजनामा न्यूनतम मूल्य मानक प्रदान गर्दछ*? ☐ हो ☐होइन

१५। **कर्मचारीलाई मात्र*** प्रदान गरिने न्यूनतम-मूल्य मानक प्रदान गर्ने न्यूनतम-लागत योजनाको लागि (पारिवारिक योजनाहरू समावेश नगर्नुहोस्):
रोजगारदाताको कल्याण कार्यक्रम छ भने, कर्मचारीलाई कुनै पनि सुर्ती समाप्ति कार्यक्रमहरुको लागि अधिकतम छूट प्रदान गर्नुहोस्, र कल्याण कार्यक्रममा आधारित कुनै पनि अन्य छूट प्राप्त नगरेमा प्रिमियम प्रदान गर्नुहोस्।
क। यो योजनाको लागि कर्मचारीले प्रिमियम कति तिर्नुपर्छ? **$** _____

ख। कति समयमा? ☐साप्ताहिक ☐हरेक २ हप्तामा ☐महिनामा दुइपल्ट ☐पाक्षिक ☐वार्षिक

१६। रोजगारदाता नया योजना वर्षको लागि के परिवर्तन गर्दछ (जानकारी भएमा)?

☐रोजगारदाताले स्वास्थ्य कभरेज प्रदान गर्दैन

☐रोजगारदाताले कर्मचारीहरु स्वास्थ्य कभरेज भेंट गर्न सुरु गर्नेछ वा केवल न्यूनतम मूल्य मानक प्रदान गर्ने **कर्मचारीलाई मात्र** उपलब्ध हुने सबै भन्दा कम-लागतको योजनाका लागि प्रिमियम परिवर्तन गर्दछ।* (प्रिमियमले कल्याण कार्यक्रमका लागि छुट प्रतिबिम्बित गर्नुपर्छ। प्रश्न १५ हेर्नुहोस्)।

क। त्यो योजनाको लागि कर्मचारीले कति प्रीमियम तिर्नु पर्छ? **$** _____

ख। कति समयमा? ☐साप्ताहिक ☐हरेक २ हप्तामा ☐महिनामा दुइपल्ट ☐पाक्षिक ☐वार्षिक

परिवर्तन गरिएको मिति (मम/दिदि/सासासासा): _____

* योजनाले कवर गरेको कुल प्रदान गरेको लाभको लागत योजनाका शेयरको ६० प्रतिशतभन्दा कम्ति छैन भने संस्था-प्रायोजित स्वास्थ्य योजनाको "न्यूनतम मूल्य मानक" पुग्दछ (१९८६को आन्तरिक राजस्व कोडको धारा ३६B(c)(२)(c)(ii))

रोजगारदाता कभरेज औजार

तपाईंको लागि योग्य हुने कुनै पनि रोजगारदाता स्वास्थ्य कभरेजको बारेमा परिशिष्ट क का प्रश्नहरूको उत्तर दिन मद्दत गर्नको लागि यस उपकरणको प्रयोग गर्नुहोस् (आमाबाबु वा पति-पत्नी जस्ता अर्को व्यक्तिको कामबाट हो भने पनि)। तल संख्या दिएका कोठाको जानकारी परिशिष्ट क मा भएका कोठासंग मिल्ने छ। उदाहरणका लागि, यो पृष्ठका प्रश्न १४ को जवाफ परिशिष्ट क मा भएका प्रश्न १४ संग मिल्नु पर्छ।

कोठा १ र २मा आफ्नो नाम र सामाजिक सुरक्षा नम्बर लेख्नुहोस् र फारम बाँकी भाग रोजगारदातालाई भर्न भन्नुहोस्।

स्वास्थ्य कभरेज प्रदान गर्ने प्रत्येक रोजगारदाताको लागि एक उपकरण पूरा गर्नुहोस्।

कर्मचारीको विवरण

यो खण्ड **कर्मचारी**ले पूरा गर्नु पर्नेछ।

१। कर्मचारी नाम (पहिलो,मध्य, अन्तिम)	२। कर्मचारी सामाजिक सुरक्षा संख्या ----- ------

रोजगारदाताको विवरण

यसको विवरणको लागि **रोजगारदाता**लाई सोध्नुहोस्।

३। रोजगारदाताको नाम	४। रोजगारदाताको पहिचान संख्या (EIN) ------

५। रोजगारदाताको ठेगाना	६। रोजगारदाताको फोन नम्बर ( ) ---

७। शहर:	८। राज्य:	९। जिप कोड:

१०। यो काममा कर्मचारी स्वास्थ्य कभरेजको लागि हामीले कसलाई सम्पर्क गर्नु?

११। फोन नम्बर (माथिको भन्दा बेग्लै भएमा) ( ) ---	१२। इमेल ठेगाना

१३। **कर्मचारी हाल यो संस्थाद्वारा प्रदान गरेका कभरेजको लागि योग्य छ, वा कर्मचारी अर्को ३ महिनामा योग्य हुनेछ?**

☐ **हो** (जारी राख्नुहोस्)

१३क। कर्मचारी पर्खने वा कालावधिको कारण सहित, आज योग्य छैन भने, ऊ कभरेजको लागि कहिले योग्य हुनेछ?
(मम/दिदि/सासासासा)

☐ **होइन** (रोक्नुहोस् र यो फारम कर्मचारीलाई फर्काइदिनुहोस्)

रोजगारदाताले प्रदान गरेको **स्वास्थ्य योजना**को बारेमा हामीलाई भन्नुहोस्।

रोजगारदाताले कर्मचारीका पति-पत्नी वा आश्रितलाई कवर गर्ने स्वास्थ्य योजना प्रदान गर्छ?

☐हो। कुन व्यक्तिहरूको लागि? ☐पति वा पत्नी ☐आश्रित(हरू)

☐होइन

(प्रश्न १४ मा जानुहोस्)

१४। रोजगारदाताले न्यूनतम मूल्य मानक पुग्ने स्वास्थ्य योजना प्रदान गर्छ *?

☐हो (प्रश्न १५ मा जानुहोस्) ☐होइन (रोक्नुहोस् र फारम कर्मचारीलाई फर्काइदिनुहोस्)

१५। **कर्मचारीलाई मात्र*** प्रदान गरिने न्यूनतम-मूल्य मानक प्रदान गर्ने न्यूनतम-लागत योजनाको लागि (पारिवारिक योजनाहरू समावेश नगर्नुहोस्):

रोजगारदाताको कल्याण कार्यक्रम छ भने, कर्मचारीलाई कुनै पनि सुर्ती समाप्ति कार्यक्रमहरुको लागि अधिकतम छूट प्रदान गर्नुहोस्, र कल्याण कार्यक्रममा आधारित कुनै पनि अन्य छूट प्राप्त नगरेमा प्रिमियम प्रदान गर्नुहोस्।

क। यो योजनाको लागि कर्मचारीले प्रिमियममा कति तिर्नुपर्छ? **$** _____

ख। कति समयमा? ☐साप्ताहिक ☐हरेक २ हप्तामा ☐महिनामा दुइपल्ट ☐पाक्षिक ☐वार्षिक

योजना वर्षको चाँडै अन्त हुनेछ र तपाईंलाई प्रदान गरेको स्वास्थ्य योजनामा परिवर्तन हुनेछ भनेर थाहा पाउनुभयो भने, प्रश्न १६ मा जानुहोस्। तपाईंलाई थाहा छैन भने, रोक्नुहोस् र कर्मचारीलाई फारम फर्काइ दिनुहोस्।

१६। रोजगारदाता नया योजना वर्षको लागि के परिवर्तन गर्दछ?

☐रोजगारदाताले स्वास्ख्य कभरेज प्रदान गर्दैनन्

☐रोजगारदाताले कर्मचारीहरु स्वास्थ्य कभरेज भेंट गर्न सुरु गर्नेछ वा केवल न्यूनतम मूल्य मानक प्रदान गर्ने **कर्मचारीलाई मात्र** उपलब्ध हुने सबै भन्दा कम-लागतको योजनाका लागि प्रिमियम परिवर्तन गर्दछ।*
(प्रिमियमले कल्याण कार्यक्रमका लागि छुट प्रतिबिम्बित गर्नुपर्छ। प्रश्न १५ हेर्नुहोस्)।

क। त्यो योजनाको लागि कर्मचारीले कति प्रीमियम तिर्नु पर्छ? **$** _____

ख। कति समयमा? ☐साप्ताहिक ☐हरेक २ हप्तामा ☐महिनामा दुइपल्ट ☐पाक्षिक ☐वार्षिक

परिवर्तन गरिएको मिति (मम/दिदि/सासासासा): _____

* योजनाले कवर गरेको कुल प्रदान गरेको लाभको लागत योजनाका शेयरको ६० प्रतिशतभन्दा कम्ति छैन भने संस्था-प्रायोजित स्वास्थ्य योजनाको "न्यूनतम मूल्य मानक" पुग्दछ (१९८६को आन्तरिक राजस्व कोडको धारा ३६B(c)(२)(c)(ii))

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ? HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस् **वा १-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)**मा कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

परिशिष्ट ख

अमेरिकी भारतीय वा अलास्का निवासी परिवारको सदस्य (AI/AN)

तपाईं वा परिवारको एउटा सदस्य अमेरिकी भारतीय वा अलास्का निवासी हो भने यो परिशिष्ट पूरा गर्नुहोस्। स्वास्थ्य कभरेज र सहायता प्रदान गर्ने लागतको लागि आफ्नो आवेदनसंग यो पेश गर्नुहोस्।

तपाईंको अमेरिकी भारतीय वा अलास्का निवासी परिवारको सदस्य(हरू) को बारेमा भन्नुहोस्।
अमेरिकी भारतीय र अलास्का निवासी भारतीयहरूले स्वास्थ्य सेवा, जनजातीय स्वास्थ्य कार्यक्रम, वा शहरी भारतीय स्वास्थ्य कार्यक्रमबाट सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्छन्। तिनीहरूले लागत साझेदारी नतिर्दा पनि हुन सक्छ र विशेष मासिक नामांकन समयावधि प्राप्त गर्न सक्छन्।
आफ्नो परिवारको लागि सबैभन्दा सम्भव मद्दत प्राप्त गर्ने कुराको सुनिश्चित गर्न निम्न प्रश्नहरूको उत्तर दिनुहोस्।

टिप्पणी: यदि तपाईंसंग समावेश गर्नु पर्ने अन्य व्यक्तिहरू भएमा, यो पृष्ठको प्रतिलिपि बनाउनुहोस् र संलग्न गर्नुहोस्।

	AI/AN व्यक्ति १	**AI/AN व्यक्ति २**
१। नाम (पहिलो नाम,मध्य नाम, अन्तिम नाम)	पहिलो मध्य अन्तिम	पहिलो मध्य अन्तिम
२। सङ्घीय मान्यता प्राप्त जातिको सदस्य हो?	☐हो **यदि हो भने,** जातिको नाम _____ ☐होइन	☐हो **यदि हो भने,** जातिको नाम _____ ☐होइन
३। यो व्यक्तिले कहिल्यै भारतीय स्वास्थ्य सेवा, कुनै जनजातीय स्वास्थ्य कार्यक्रम, वा शहरी भारतीय स्वास्थ्य कार्यक्रमबाट वा यी कुनै पनि कार्यक्रममध्ये एउटाको सन्दर्भको माध्यमबाट सेवा प्राप्त गरेको छ?	☐हो ☐होइन **यदि होइन भने,** यो व्यक्ति भारतीय स्वास्थ्य सेवा, जनजातीय स्वास्थ्य कार्यक्रम, वा शहरी भारतीय स्वास्थ्य कार्यक्रम सेवाहरू वा यी कुनै पनि कार्यक्रममध्ये एउटाको सन्दर्भको माध्यमबाट सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य छ? ☐हो ☐होइन	☐हो ☐होइन **यदि होइन भने,** यो व्यक्ति भारतीय स्वास्थ्य सेवा, जनजातीय स्वास्थ्य कार्यक्रम, वा शहरी भारतीय स्वास्थ्य कार्यक्रम सेवाहरू वा यी कुनै पनि कार्यक्रममध्ये एउटाको सन्दर्भको माध्यमबाट सेवाहरू प्राप्त गर्न योग्य छ? ☐हो ☐होइन
४। Medicaid वा बच्चाहरूको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम (CHIP)को लागि केही पैसा नगनिन सक्छ। यी स्रोतबाट समावेश गरेको पैसा आफ्नो आवेदनमा देखिएको कुनै आय (राशि र कति समयमा) लेख्नुहोस्: • प्राकृतिक स्रोत, उपयोग अधिकार, ठेक्का, वा रयल्टीहरूबाट आएको जनजातिबाट प्राप्त पर केपिटा भुक्तानी • प्राकृतिक स्रोतसाधन, खेती, वस्तु पालन, माछा मार्ने, ठेक्का, वा आन्तरिक विभागद्वारा भारतीय गुठीको भूमिको रूपमा तोकेको भूमिबाट प्राप्त रयल्टीको भुक्तानी (आरक्षण र पूर्व आरक्षण सहित) • सांस्कृतिक महत्त्व भएका वस्तुहरू बेचेको पैसा	$ _____ कति समयमा? _____	$ _____ कति समयमा? _____

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ?** **HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस् **वा १-८४४-२७५-३४४७ (१-८४४-ASK-DHHS)**मा कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईंलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईंलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले १-८००-७३५-२९६४ वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

परिशिष्ट ग

अधिकृत प्रतिनिधिको घोषणा

तपाईले चिकित्सा सहायताको लागि आवेदन गर्न वा प्राप्त गर्न आवश्यक पर्ने केही वा सबै चरणहरूको सहायताको लागि एउटा अधिकृत प्रतिनिधि चुन्न सक्नुहुन्छ। अधिकृत प्रतिनिधि तपाईंको कुनै मित्र, परिवारको सदस्य वा अन्य वयस्क हो, जसले तपाईको रामोको लागि चासो लिन्छ। अधिकृत प्रतिनिधि तपाईले छनौट गरेको एउटा व्यक्ति हो। हामीले तपाईंको लागि छनौट गर्ने छैनौं। तपाईले छनौट गरेको व्यक्ति तपाईलाई मद्दत गर्न राजी हुनु पर्छ। कुनै एजेन्सीले अधिकृत प्रतिनिधि को रूपमा काम गर्न सक्दैन, तर एजेन्सीमा काम गर्ने कुनै व्यक्तिले यो काम गर्न सक्छ। अधिकृत प्रतिनिधि एउटा निजी व्यक्ति हुनुपर्छ।

अधिकृत प्रतिनिधिले तपाईंको लागि आवेदन फारम र अन्य कागजी कार्रवाई गरिदिन सक्छ। अधिकृत प्रतिनिधिले तपाईंको आय, स्रोत, र अन्य परिवर्तनहरूको विषयमा तपाईंको लागि परिवर्तनहरूको रिपोर्ट पनि गर्न सक्छ। अधिकृत प्रतिनिधिले हामीबाट तपाईंको लागि चिकित्सा सहयोग आईडी कार्ड, र अन्य मेलहरू लिन सक्छ। तपाईंले तलका कोठाहरूको छनौट गरेर आफुले अधिकृत प्रतिनिधिबाट के के कार्यहरू गराउन चाहनुहुन्छ भन्ने छनौट गर्न सक्नुहुन्छ।

अधिकृत प्रतिनिधिको कर्तव्य

अधिकृत प्रतिनिधिबाट के के कार्यहरू गराउन चाहनुहुन्छ, कृपया तल छनौट गर्नुहोस्:

- ☐ मेरो लागि आवेदन, फारामहरू, र अन्य विभागका कागजातहरू प्राप्त गर्नु र यी फारमहरू भर्नु।
- ☐ विभागलाई मेरो आय, संसाधनहरू र अन्य मामिलाका विवरणको प्रमाण दिनु र मेरो मामिलाका परिस्थितिहरूमा परिवर्तनहरू विभागमा रिपोर्ट गरेर प्रमाणिकृत गर्नु।
- ☐ विभागबाट मेरा सूचनाहरू प्राप्त गर्नु।
- ☐ मेरो लागि प्रशासनिक अपीलको निवेदन गर्नु।
- ☐ मेरो लागि प्रशासनिक अपीलको निवेदन गर्नु।
- ☐ मेरो लागि चिकित्सा सहायता ID कार्ड प्राप्त गर्नु।
- . मेरो लागि मेरो योग्यता साक्षात्कारमा जानु।
- ☐ यदि मैले मन गरेमा मलाई अपीलमा प्रतिनिधित्व गराउनु
- ☐ मेरो लागि मेरो संचालित हेरविचार संस्था (MCO) वा योग्य स्वास्थ्य योजना (QHP) संग कुरा गर्नु
- ☐ अन्य: _____

ग्राहकको हस्ताक्षर

कृपया तल दिएका विवरण राम्री पढ्नुहोस्। तपाईंको तल गरेको हस्ताक्षरले तपाईंले पढेको, बुझेको र यी बयानहरूमा सहमत भएको बुझाउँछ।

- मैले यस फारममा भएको जानकारी पढें अनि बुझें भनेर **प्रमाणित गरें**।
- मेरो अधिकृत प्रतिनिधिले जिल्ला कार्यालयलाई दिएका कुनै पनि भूलहरू, त्रुटिहरू वा गलत विवरणको लागि म जवाफदेही हुनेछु भन्ने **मैले बुझें**।
- यदि मेरा अधिकृत प्रतिनिधिले मेरो आज्ञा बिना मेरा लाभहरूको प्रयोग गरेमा स्वास्थ्य र मानव सेवा विभागले यसबाट भएको हानिको क्षतिपूर्ति गर्ने छैन भनेर **मैले बुझें**।
- म र मेरो अधिकृत प्रतिनिधिले परिवर्तनको बारेमा विभागलाई जानकारी नदिएसम्म मेरो अधिकृत प्रतिनिधिको नाम धारण गरेको व्यक्ति १ ले मेरो तर्फबाट काम गरि रहनेछ भन्ने **मैले बुझें**।

_____ _____
ग्राहकको हस्ताक्षर मिति

_____
ग्राहकको **मुद्रित** नाम

? **तपाईंलाई आवेदनको लागि सहायता चाहिन्छ? HealthCare.gov** मा प्रवेश गर्नुहोस् **वा १-८४४-२७५-३४४७(१-८४४-ASK-DHHS)** मा कल गर्नुहोस्। Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-844-275-3447.** अङ्ग्रेजीदेखि बाहेक कुनै अर्को भाषा तपाईलाई सहायता चाहिएमा, **१-८४४-२७५-३४४७** मा कल गर्नुहोस् र तपाईलाई चाहिएको भाषाको बारेमा ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई भन्नुहोस। हामी तपाईंको लागि कुनै शुल्क लगाउने छैनौं। टीटीवाई/टीडीडी प्रयोगकर्ताहरूले **१-८००-७३५-२९६४** वा **७११** मा कल गर्नुपर्छ।

अधिकृत प्रतिनिधिको जानकारी

तपाईंको अधिकृत प्रतिनिधिको नाम, ठेगाना र टेलिफोन नम्बर प्रदान गर्नुहोस्। कृपया बुझिने गरि छाप्नुहोस्।

१। अधिकृत प्रतिनिधिको नाम (पहिलो नाम,मध्य नाम, अन्तिम नाम)

२। ठेगाना		३। अपार्टमेन्ट वा सुट संख्या
४। शहर:	५। राज्य:	६। जिप कोड:
७। फोन नम्बर ( )		
८। अधिकृत प्रतिनिधिसंग तपाईंको सम्बन्ध बताउनुहोस्.		९। जन्म मिति (वैकल्पिक)
१०। एजेन्सीको नाम (यदि लागू भएमा)		

अधिकृत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

मैले यस फारममा भएको जानकारी पढेर बुझें भनेर प्रमाणित गरें। यो फारममा भएका दिएका कार्यहरू स्वीकार गर्ने विषयमा म सहमत भएँ र तल दिएका कुराहरू बुझें:

- **मैले बुझें** कि अधिकृत प्रतिनिधिको रूपमा मैले कार्य गर्नको लागि मेरो पहिचानको प्रमाण दिनुपर्छ।
- **मैले बुझें** कि यदि म कार्यक्रम उल्लंघनको कारण अयोग्य भएको छु भने, यो व्यक्तिको सट्टामा प्रतिनिधित्व गर्ने उपयुक्त मान्छे भएसम्म मैले अधिकृत प्रतिनिधिको रूपमा प्रतिनिधित्व गर्न सक्ने छैन।
- मैले र ग्राहकले परिवर्तन गरेको विषयमा DHHS लाई नभनेसम्म यो फारमको अघिल्लो पट्टि उल्लेख गरिएका ग्राहकको AR को रूपमा काम गर्न **म सहमत छु**।

अधिकृत प्रतिनिधिको हस्ताक्षर मिति

अधिकृत प्रतिनिधिको **छापिएको** नाम

प्रमाणित आवेदन काउन्सिलरहरू, परिचालक, एजेन्टहरू, र दलालहरूका लागि मात्र।

तपाईं अरू कसैको लागि यो आवेदन भर्ने प्रमाणित आवेदन सल्लाहकार, नेभिगेटर, एजेन्ट वा दलाल हुनुहुन्छ भने यो खण्ड पूरा गर्नुहोस्।

१। आवेदन शुरू गरेको मिति (मम/दिदि/सासासासा)

२। पहिलो नाम,मध्य नाम, अन्तिम नाम, एवं पदनाम

३। संस्थाको नाम	४। ID संख्या (यदि लागू भएमा)

अन्य मेडिकल सहायता वा सेवाको लागि योग्यता निर्धारित गर्ने अतिरिक्त अनुरोध सूचना

तपाईंले DFA फारम ८००MA, *स्वास्थ्य कभरेज र लागत भुक्तानी तिर्नको लागि मद्दतको आवेदन* भर्नुभयो *भने,* र तपाईं अन्धो, अशक्त, ६५ वर्षभन्दा बढी उमेरको, नर्सिङ सुविधामा, घर हेरविचार सेवाहरू खाँचो परेको, चिकित्सा प्रिमियम तिर्ने मद्दतको खाँचो भएको हुनुहुन्छ भने, तपाईंले तल दिएका प्रश्नहरूको उत्तर लेखेर भरेको र हस्ताक्षर गरिएको DFA फारम ८००MA सहित आफ्नो स्थानीय जिल्ला कार्यालयमा बुझाउनुहोस्। DFA फारम ८००MA मा सूचीकृत कुनै पनि व्यक्तिले तल दिएका कुनै पनि कार्यक्रम वा सेवाहरूको लागि आवेदन गर्न चाहन्छ भने तपाईंले यो फारमका प्रश्नहरूको उत्तर दिनुपर्छ:

- राज्य पूरक कार्यक्रम (SSP) चिकित्सा सहायता: खाँचो परेका अन्धाहरूको लागि सहयोग (ANB), स्थायी र पूर्ण रूपमा विकलांगहरूलाई सहायता(APTD), र वृद्धहरूको लागि सहायता (OAA)
- घरेलु र समुदाय-आधारित हेरविचार (HCBC) सेवाहरू
- नर्सिङ सहुलियत (NF) सेवाहरू
- रोजगार प्राप्त अक्षम युवाहरूको लागि Medicaid (MEAD)
- मेडिकेयर बचत कार्यक्रमहरू (MSP) **(मेडिकेयर प्रिमियमले सहायता दिइने)**

तपाईंले यो फारम **र** DFA फारम ८००MA भरेर, एउटा साक्षात्कार गर्नु पर्नेछ, र माथि उल्लेख गरेका कार्यक्रम वा सेवाहरूको लागि आवेदन गर्ने प्रक्रिया पूरा गर्न हामीलाई आफ्नो घरेलू परिस्थितिको प्रमाण दिनुपर्छ। कृपया तल दिएका सबै प्रश्नहरू पढ्नुहोस् र सकेसम्म राम्रो गरि उत्तर दिनुहोस्। ***तपाईंले नबुझेका प्रश्नहरूको उत्तर नदिनुहोस्।*** तपाईंलाई यो फारम भर्नको लागि मद्दत चाहिन्छ भने, हामीलाई भन्नुहोस्। माथि उल्लेख गरेको कार्यक्रम वा सेवाहरूको आवश्यकता पर्ने DFA फारम ८००MA मा सूचीकृत दुईभन्दा बढी मानिसहरू भएमा यस पानाको प्रतिलिपि बनाएर ती व्यक्तिहरूको लागि पनि फारम भर्नुपर्छ। तपाईंले यो फारम सहित ती कागजात र हस्ताक्षर गरेको DFA फारम ८००MA आफ्नो स्थानीय जिल्ला कार्यालयमा बुझाउनु पर्छ।

आप्रवासी स्थितिको पर्वाह नगरिकन खास गैर-नागरिकहरूलाई श्रम र प्रसव सहित आपतकालीन चिकित्सा सेवाको अस्थायी कभरेजको लागि आपतकालीन चिकित्सा उपलब्ध हुन सक्छ। SSN हरूले आपतकालीन Medicaid को लागि आवेदन गर्ने आवश्यकता छैन, तर तपाईंले माथि दिइएका अन्य कुनै पनि कार्यक्रम वा सेवाहरूको लागि आवेदन गर्न एउटा SSN प्रदान गर्नुपर्छ।

जिल्ला कार्यालयले एउटा गैर-नागरिकलाई योग्यताको एउटा Medicaid प्रकारको आवश्यकता परेको वा नपरेको ठम्याउँछ र Medicaid व्यवसाय र नीतिको कार्यालय (OMBP) ले गैर नागरिकको आपातकालीन अवस्थाको परिभाषा भित्र पर्ने अवस्था ठम्याउँछ।

माथिका कार्यक्रम वा सेवाहरूको आवश्यकता पर्ने DFA फारम ८००MA मा सूचीकृत सबै मानिसहरू बारे हामीलाई बताउनुहोस्:

व्यक्ति १

यो व्यक्ति DFA फारम ८००MA मा उल्लेखित "व्यक्ति १" हुनु पर्ने आवश्यकता छैन।

१। पहिलो नाम, मध्य नाम, अन्तिम नाम:

२। यो व्यक्तिको वर्तमान निवास कहाँ छ? ☐ आफ्नै घर ☐ नर्सिङ सुविधा ☐ हस्पिटाल ☐ वयस्क परिवार घर
☐ घरेलु हेरविचार सुविधा ☐ सहयोगी बास ☐ होटल/मोटल ☐ भेला हुने घर ☐ घरविहिन ☐ अन्य

३। यस व्यक्तिले कुन प्रकारको सहायताको लागि आवेदन गर्न चाहन्छ? ☐ चिकित्सा सहायता ☐ NF ☐ HCBC ☐ MSP

४। यस व्यक्तिले हाल अर्को राज्यबाट Medicaid प्राप्त गर्दैछ? ☐हो ☐होइन यदि छ भने, कुन राज्य? _____

५। यो व्यक्ति कुनै नर्सिङ सुविधा मा छ भने सुविधाको नाम के हो? _____

६। के यो व्यक्ति अन्धो छ? ☐हो ☐होइन ७। यस व्यक्तिमा कुनै शारीरिक वा मानसिक अशक्तता छन्? ☐हो ☐होइन

८। यस व्यक्तिको उमेर ६५ वर्षभन्दा बढी छ? ☐हो ☐होइन ९। यस व्यक्तिले चिकित्सा A वा B प्राप्त गरेको छ? ☐हो ☐होइन

१०। यस व्यक्तिले धारण गरेका प्रत्येक संसाधहरूको चयन गर्नुहोस् र मोल बताउनुहोस्

☐ जाँच गर्दै	खातामा कति छ?	$ _____	☐ गूठीहरू	पूरा रकम कति छ?	$ _____
☐ बचत	खातामा कति छ?	$ _____	☐ स्टकहरू/बन्डहरू	पूरा रकम कति छ?	$ _____
☐ जम्मा गरेका प्रमाणपत्रहरू	CD को मोल कति छ?	$ _____	☐ जीवन बीमा	पूरा रकम कति छ?	$ _____
☐ अन्य ब्याङ्क खाता	खातामा कति छ?	$ _____	☐ खरखजाना	पूरा रकम कति छ?	$ _____
☐ IRA/४०१K अकाउन्ट	खातामा कति छ?	$ _____	☐ अन्य कनै सम्पत्ति	पूरा रकम कति छ?	$ _____

११। यो व्यक्तिले निकट भविष्यमा कुनै पनि संसाधन राशि परिवर्तन गर्न चाहन्छ? ☐हो ☐होइन

१२। तपाईंले विगतका ५ वर्षमा सम्पत्ति बेचेको वा सरुवा गरेको छ? ☐हो ☐होइन

१३। यो व्यक्तिले कुनै पनि चिकित्सा खर्च गरेको छ? ☐हो ☐होइन यदि हो भने, कति? $ _____ कति समयमा? _____

१४। यो व्यक्तिलाई बच्चा समर्थन / छुटानाम भएपछि पतिले पत्नीलाई दिने पैसा तिर्न बाध्य छ? ☐हो ☐होइन यदि हो भने, कति? $ _____ कति समयमा? _____

व्यक्ति २ यो व्यक्ति DFA फारम ८००MA मा भएको "व्यक्ति २" नै हुनु पर्दैन।

१। पहिलो नाम, मध्य नाम, अन्तिम नाम:

२। यो व्यक्तिको वर्तमान निवास कहाँ छ? ☐ आफ्नै घर ☐ नर्सिङ सुविधा ☐ हस्पिटाल ☐ वयस्क परिवार घर

☐ घरेलु हेरविचार सुविधा ☐ सहयोगी बास ☐ होटल/मोटल ☐ भेला हुने घर ☐ घरविहिन ☐ अन्य

३। यो व्यक्ति कस्तो प्रकारको सहायताको लागि आवेदन गर्न चाहन्छ? ☐ चिकित्सा सहायता ☐ NF ☐ HCBC ☐ MSP

४। के यो व्यक्ति अहिले कुनै अन्य राज्यबाट Medicaid प्राप्त गर्दैछ? ☐हो ☐होइन यदि छ भने, कुन राज्य? _____

५। यदि यो व्यक्ति कुनै नर्सिङ सुविधामा छ भने, त्यो सुविधाको नाम के हो? _____

६। के यो व्यक्ति अन्धो छ? ☐हो ☐होइन ७। के यो व्यक्तिमा शारीरिक वा मानसिक अक्षमता छ? ☐हो ☐होइन

८। के यो व्यक्तिको उमेर ६५ भन्दा बढी हो? ☐हो ☐होइन ९। के यो व्यक्तिको मेडिकेयर A वा B छ? ☐हो ☐होइन

१०। यो व्यक्तिसंग भएको सबै संसाधनमा चिन्ह लगाउनुहोस् र रकम लेख्नुहोस्

☐ जाँच गर्दै	खातामा कति छ?	$ _____	☐ गुठीहरू	पूरा रकम कति हो?	$ _____
☐ बचत	खातामा कति छ?	$ _____	☐ स्टकहरू/बन्डहरू	पूरा रकम कति हो?	$ _____
☐ जम्मा गरेका प्रमाणपत्रहरू	CD को मोल कति छ?	$ _____	☐ जीवन बीमा	पूरा रकम कति हो?	$ _____
☐ अन्य ब्याङ्क खाता	खातामा कति छ?	$ _____	☐ खरखजाना	पूरा रकम कति हो?	$ _____
☐ IRA/४०१K खाताहरू	खातामा कति छ?	$ _____	☐ अन्य कनै सम्पत्ति	पूरा रकम कति हो?	$ _____

११। यस व्यक्तिले निकट भविष्यमा कुनै पनि संसाधन राशि परिवर्तन गर्ने आशा गर्छ? ☐हो ☐होइन

१२। तपाईंले विगत ५ वर्षदेखि कुनै सम्पत्ति बेच्नु वा सरुवा गर्नुभएको छ? ☐हो ☐होइन

१३। के यो व्यक्तिलाई कुनै चिकित्सा खर्च लागेको छ? ☐हो ☐होइन यदि हो भने, कति? $ _____ कति समयमा? _____

१४। यो व्यक्तिको बच्चा समर्थन / छुटानाम भएपछि पतिले पत्नीलाई दिने पैसा तिर्न बाध्य छ? ☐हो ☐होइन यदि हो भने, कति? $ _____ कति समयमा? _____

त्रुटिबाट प्राप्त भएको लाभ

तपाईंले प्रदान गरेका जानकारी, वा हामीलाई प्रदान गर्न विफल भएका त्रुटिहरू, जे भए तापनि तपाईंले त्रुटिबाट प्राप्त कुनै पनि लाभ वा सेवाहरू फिर्ता दिनु आवश्यक छ।

गुणवत्ता नियन्त्रण समीक्षाहरू

तपाईंको मामला गुण नियन्त्रण वा अन्य सरकारी समीक्षाको लागि छानिएको हुन सक्छ। यस्तो समीक्षा भन्नाले तपाईंको घरेलू आर्थिक वा चिकित्सा अवस्था, जीउने व्यवस्था र अन्य परिस्थितिको गहन अध्ययन हुनेछ भन्ने बुझाउँछ। हामीले तपाईंको घरेलू स्थिति र तपाईंले गरेका बयान र DHHSलाई दिएका जानकारी बारे ब्याङ्क, कर्मचारीहरू, कम्पनीहरू, व्यापारीहरू र अन्य उपयुक्त स्रोतहरूसंग सम्पर्क गर्नेछौं। तपाईंले यी समीक्षाको लागि हामीलाई मद्दत दिनु भएन भने, तपाईंको लाभ रोकिन सक्छ।

Medicaid योग्यता शुरू गर्ने मिति

तपाईंको Medicaid योग्यता साधारण रूपमा तपाईंले संसाधनको सीमा सहित आवेदन गरेको कार्यक्रमको लागि सबै आवश्यकताहरू पूरा गरेको दिनमा शुरू हुन्छ।

तेस्रो पक्षको बीमा वा चिकित्सा भुक्तानीहरू

तपाईं चिकित्सा सहायताको लागि आवेदन गर्दै हुनुहुन्छ भने, यस्तो सहयोगको प्राप्ति कसैले पनि अन्य फारम हस्ताक्षर गर्नु नपरिकन सबै तेस्रो पार्टीको बीमा वा चिकित्सा भुक्तानी गर्ने तपाईंका अधिकारको लागि DHHS को जिम्मेवारी हो। सबै उपलब्ध दलहरूलाई बिल गरिनु पर्छ र सबै परिणाममा देखा पर्न गएका भुगतानीहरूको DHHS ले भुक्तानी गर्नु अघि चिकित्सा लागतमा आवेदन गरिनुपर्छ। यदि तपाईंले उत्तरदायी तेस्रो पार्टीबाट बसोबासो वा पुरस्कार प्राप्त गर्नु भयो भने पनि, हामीले सम्बन्धित चिकित्सा सेवाका लागि भुक्तानी गरेको DHHS तिर्नु पर्छ। RSA १६७: १४-a।

तपाईंले यो पूरा गरेको फारम DFA फारम ८००MA सहित आफ्नो स्थानीय जिल्ला कार्यालयमा बुझाउनुहोस्

बर्लिन
६५० मेन स्ट्रीट सुट २००
बर्लिन, NH ०३५७०-२४६३

कन्वे
७३ होब्स स्ट्रीट
कोन्वे, NH ०३८१८-६१८८

लिटलटोन
८० नोर्थ लिटलटोन रोड
लिटलटोन, NH ०३५६१-३८४१

किनि
१११ कि रोड
किनि, NH ०३४३१

क्लेरमोन्ट
१७ वाटर स्ट्रीट, Ste. ३०१
क्लेरमोन्ट, NH ०३७४३-२२८०

सीकोस्ट
इन्टरनेशनल ड्राइभ
पोर्ट्समाउथ, NH ०३८०१-२८६२

मनचेस्टर
१२३४ रिभर रोड
मनचेस्टर, NH ०३१०४-१६३४

साउदर्न
३ पाइन स्ट्रीट, सुट क्यु
नसुवा, NH ०३०६०-९३११

कन्कोर्ड
४० टर्निल पार्क ड्राइभ
कन्कोर्ड, NH ०३३०१-९९५५

लेकोनिया
६५ बीकन स्ट्रीट वेस्ट
लेकोनिया, NH ०३२४६-९९८८

रोचेस्टर
१५० वेकफील्ड स्ट्रीट, सुट २२
रोचेस्टर, NH ०३८६७-१३०९