



건강관리 혜택에 대한 신청과 비용 지불에 대한 도움

➡ HealthCare.gov에서 온라인으로 빠르게 신청하세요



**이 신청서를 사용하여
자격이 있는 보장에는
무엇이 있는지
알아보세요.**

- 귀하를 건강하게 유지하는 데 도움이 되는 종합적인 보험보장을 제안하는 마켓플레이스(거래소) 건강보험.
- 건강보험 보장을 받기 위한 보험료를 낮추는 데 도움이 되는 세액 공제.
- 메이케이드나 소아청소년 건강보험 프로그램(CHIP)을 통한 무료 또는 저비용 보험. 일정한 소득 수준은 무료 또는 저가로 프로그램을 받을 수 있는 자격이 될 수 있습니다.



**이 신청은 누가 사용할
수 있나요?**

- 이 신청서를 이용하여 가구 중 누구든지 위해 신청하세요.
- 귀하나 귀하의 배우자, 또는 자녀가 이미 건강보험을 가지고 있더라도 신청하십시오. 무료 또는 저가의 보험혜택을 받을 자격이 되실 수 있습니다.
- 귀하가 미혼이라면, 간략한 서식을 사용할 수 있습니다 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- 격이 되는 이민자를 포함하는 가구가 신청할 수 있습니다. 혜택 수여의 자격이 없어도 귀하의 자녀를 위해 신청할 수 있습니다. 신청으로 이민 상태나 영주권 또는 시민권 자격 획득의 기회에 영향을 주는 것은 아닙니다.
- 다른 사람이 이 신청서 작성에 도움을 준다면, 부록 C를 작성해야할 수도 있습니다.



신청에 필요한 것들

- 사회보장 번호(SSN)(또는 보험을 필요로 하는 유자격 이민자의 서류번호).
- 고용주와 가족 모두의 소득 정보 (예를 들면, 급여명세서, W-2 서식, 또는 임금 및 세금보고서).
- 현재 가입하고 있는 건강 보험의 보험 번호.
- 귀하의 가구가 이용 가능한 직장 관련 건강보험에 대한 정보.



**이 정보를 요청하는
이유는?**

당사는 귀하가 어떤 혜택에 자격이 있으며 이에 대한 지불 상의 도움을 얻을 수 있는지 알려드리기 위해 소득과 기타의 정보를 묻는 것입니다. **귀하가 제공한 모든 정보는 법률이 지정한 바에 따라 비밀로 취급하며 보안을 보장합니다.** 개인정보보호법 성명은 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 또는 지침에서 확인하십시오.



다음의 단계는?

보관을 위해 사본을 만든 다음, 작성하고 서명한 신청서를 10페이지에 적힌 주소로 발송하십시오. **당사가 요청하는 모든 정보가 없더라도, 신청서에 날인하여 제출해 주십시오.** 1-2주 내에 후속 확인을 드릴 것이며, 귀하로부터 추가 정보가 필요할 경우, **마켓플레이스에서 연락을 드릴 수도 있습니다.** 신청서가 처리된 후 서신에서 자격 결정에 관한 고지를 받으시게 됩니다.당사에게 연락을 받지 못할 경우, Marketplace 콜센터에 문의해 주십시오. 이 신청서를 작성하는 것이 건강 보험에 가입하는 것을 의미하지는 않습니다.



**이 신청으로 도움을
받으세요**

- **온라인:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- **전화로:** 콜센터 **1-800-318-2596**로 전화해주세요. TTY 사용자는 **1-855-889-4325**를 이용하실 수 있습니다.
- **방문하여:** 도움을 줄 수 있는 카운슬러가 귀하의 지역에 있을 수 있습니다. 상세한 정보를 원하시면 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)를 방문하거나, Marketplace 콜센터 **1-800-318-2596**로 전화하십시오.
- **기타 언어:** 영어 외에 기타의 언어로 도움이 필요하다면, **1-800-318-2596**로 전화하여 고객 서비스 담당자에게 필요한 언어를 요청하세요. 당사는 무료로 도움을 드립니다.

귀하는 큰 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 접근 가능한 형식으로 정보를 받을 권리가 있습니다. 또한 차별을 당했다고 생각하는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. 웹사이트, [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice)를 확인하시거나 전화 **1-800-318-2596** 번으로 문의하십시오. TTY 사용자는 전화 **1-855-889-4325**를 번으로 연락하십시오.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.

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



HealthCare.gov



검정이나 짙은 청색 잉크만을 사용하여 대문자로 작성.
예시된 것처럼 동그라미 (○) → ● 를 채워 주십시오.

제 1단계: 자신에 대해 설명해 주세요.

(귀하의 신청에 대해 가구 중 한 명의 성인이 연락을 위해 필요합니다.)

1. 이름	중간 이름	성	마지
2. 집주소 (거주지가 없는 경우 공란으로 남겨 두십시오.)			3. 자택 주소 2
4. 도시명	5. 주명	6. 우편 번호	7. 카운티
8. 우편 주소 (집주소와 다른 경우 기술해 주십시오)			9. 우편 주소 2
10. 도시명	11. 주명	12. 우편번호	13. 카운티
14. 전화번호		15. 보조 전화번호	
16. 이 신청서에 대한 정보를 이메일로 받으시길 원하나요? ○ 예 ○ 아니오			
이메일 주소:			
17. 기본 언어:		구어로	

제 2단계: 귀하의 가구에 대해 알려주십시오.

이 신청서에 포함될 필요가 있는 사람은 누구인가요?

가구 중 어느 사람이 이미 건강보험을 가지고 있더라도 가구의 각 사람에 대해 2단계에 해당하는 페이지를 작성하십시오. 이 신청서에 기재된 정보는 당사가 드리는 가능한 최고의 혜택을 받도록 하는 데 도움이 됩니다. 귀하가 자격이 있는 지원 금액이나 프로그램 종류는 가구에 있는 사람들 수와 가구 소득을 기준으로 합니다. 이미 건강 보험에 가입했다고 하더라도 누군가 포함시키지 않으면, 귀하의 자격 조건에 영향을 미칩니다.

혜택이 필요한 성인들에 대해:

건강 보험에 가입하지 않더라도 아래의 사람들을 포함시켜 주십시오.

- 배우자
- 의붓 자식을 포함하여 21세 미만의 아들이나 딸
- 동일한 연방 소득세 신고 상의 기타의 사람들 (부모 소득세 신고 상에 청구된 21세 미만의 어린이 포함). 건강 보험에 가입하기 위해 세금을 신고할 필요는 없습니다.

혜택이 필요한 21세 미만의 자녀들:

건강 보험에 가입하지 않더라도 아래의 사람들을 포함시켜 주십시오:

- 함께 거주하는 부모 (또는 계부모)
- 함께 거주하는 형제 자매들
- 의붓 자식들을 포함한 함께 거주하는 아들이나 딸
- 그들이 함께 거주하는 배우자
- 동일한 연방 소득세 신고 상에 기재된 기타의 사람들 건강 보험에 가입하기 위해 세액을 신고할 필요는 없습니다.

가정의 각 구성원에 대해 제 2단계를 작성해 주세요.

자신부터 기재하고 기타의 성인들과 자녀들에 대해 작성해 주십시오. 가구 구성원이 2인 이상이라면, 필요에 따라 페이지를 복사하여 첨부하십시오.

건강보험이 필요하지 않은 가구원의 경우, 이민 상태나 사회보장번호(SSN)를 제공할 필요가 없습니다. 법률이 정한 바에 따라 귀하가 제공한 모든 정보는 비밀로 보안이 지켜집니다. 당사는 귀하의 건강 보험 자격 확인을 위해서만 개인적인 정보를 사용할 것입니다.

제 2단계: 대상자 1 (자신에 대해 먼저 기술하십시오.)

귀하 본인과 귀하의 배우자/동거인, 그리고 귀하와 함께 사는 피부양자, 또는 귀하가 연방소득세를 신고할 때 귀하와 같은 신고서에 있는 사람에 대해 2 단계를 작성하십시오. 누구를 포함시켜야 하는지에 대한 추가 정보는 1페이지를 참고하십시오. 귀하가 세금신고를 하지 않을 경우에도 여전히, 귀하의 가구에 있는 사람들을 추가할 수 있다는 점을 기억하십시오.

1. 이름	중간 이름	성	마지막 이름
2. 대상자 1과의 관계는? 자신 3. 기혼자인가요? ☐ 예 ☐ 아니오 4. 생년 월일 (월/일/연도) 5. 성별 ☐ 여 ☐ 남			
6. 사회 보장 번호 (SSN)			
건강 보험에 가입하려면 사회 보장 번호 (SSN)가 필요합니다. SSN을 기재하거나 취득하십시오. 당사는 건강 보험료 납부에 자격이 있는 사람이 누군가 확인하기 위해 소득 및 기타의 정보 확인용으로 SSN을 확인합니다. 사회보장번호(SSN)를 받는 데 자세한 정보가 필요하시면 SSA.gov를 참고하거나 사회보장국에 1-800-772-1213으로 문의하십시오. TTY 사용자들은 1-800-325-0778로 연락하실 수 있습니다.			
7. 차기년도 연방소득세 신고를 계획하시나요? 연방소득세 신고를 하지 않더라도 보험에 가입할 수 있습니다. ☐ 예 만약 예라면, a 항목부터 c 항목까지 답하십시오. ☐ 아니오. 만약 아니라면, c 항목으로 넘어가십시오.			
a. 배우자와 연합하여 신고하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 만약 예라면, 배우자의 이름을 기재해 주세요:			
b. 세액 신고에 부양자들을 청구하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 만약 예라면, 부양자들의 이름(들)을 적어 주십시오.			
c. 다른 이의 세액 신고에 부양자로 청구될 것인가요? ☐ 예 ☐ 아니오 만약 예라면, 세무 신고자의 이름을 기재하십시오: 세액 신고자와 어떤 관계인가요?			
8. 귀하는 임신 중인가요? ☐ 예 ☐ 아니오 a. 만약 예라면, 이 임신 기간 중 몇명의 아기를 예상하나요?			
9. 건강 보험이 필요하신가요? 건강 보험에 가입되어 있더라도, 더 나은 혜택이나 저렴한 비용의 프로그램이 있을 수 있습니다. ☐ 예. 만약 예라면, 아래의 모든 질문에 응답해 주십시오. ☐ 아니오. 만약 아니라면, 3페이지의 소득 관련 질문으로 가주십시오. 이 페이지의 나머지 부분을 공란으로 남겨두십시오.			
10. 활동(목욕, 옷입기, 일상적 집안일 등)에 제한을 주는 신체적, 정신적, 정서적 건강문제나 특수한 건강관리 필요가 있거나, 또는 의료시설이나 요양원에서 살고 계십니까? ☐ 예 ☐ 아니오			
11. 귀하는 미국 시민이거나 미국 국민인가요? ☐ 예 ☐ 아니오			
12. 귀하는 귀화인이거나 파생 시민인가요? (이 경우는 언제나 미국 이외의 지역에서 출생함을 의미합니다.) ☐ 예. 만약 예라면, a와 b를 작성해 주세요. ☐ 아니오. 만약 아니라면, 질문 13으로 계속하십시오.			
a. 외국인 등록 번호:		b. 증명서 번호	
a와 b를 작성한 후, 질문 14로 넘어가십시오.			
13. 귀하가 미국 시민이나 미국 국민이 아니라면, 이민자의 자격에 충족하시나요? ☐ 예. 문서 유형과 신분증 번호를 입력해 주세요. 지침으로 이동합니다.			
이민 문서 유형	상태 유형 (옵션)	이민 문서에 나타내진 대로 귀하의 이름을 적어 주십시오	
외국인 등록 번호 또는 I-94 번호		카드 번호나 여권 번호	
SEVIS ID나 만료일 (옵션)		기타 (분류 코드나 발급 국가)	
a. 미국에 1996년 부터 살고 계셨나요? ☐ 예 ☐ 아니오 b. 귀하, 귀하의 배우자, 또는 부모가 미군의 재향 군인 또는 현역직 종사자인가요? ☐ 예 ☐ 아니오			
14. 지난 3개월간의 의료비 지불에 대한 도움을 받고자 하나요? ☐ 예 ☐ 아니오			
15. 연령 19세 미만의 최소한 한 자녀와 함께 거주하며, 이 자녀를 돌보는 주요 인물인가요? (이 자녀를 귀하의 배우자가 돌본다면 "예"를 선택하세요.) ☐ 예 ☐ 아니오 귀하의 가구에서 귀하와 함께 살고 있는 19세 미만 소아청소년의 이름과 관계를 기재해 주십시오. 			
16. 귀하는 풀타임 학생인가요? ☐ 예 ☐ 아니오		17. 연령 18세 이상일 때 가정 위탁이 된 적이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오	

다음 페이지에 계속됩니다



선택형 질문: (이 정보를 제공하더라도 적격성, 플랜 옵션 또는 비용에는 영향을 미치지 않습니다.)

적용되는 모든 난을 작성해 주세요.

19. 인종:

☐ 백인 ☐ 흑인 또는 아프리카인 ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 ☐ 필리핀인 ☐ 일본인 ☐ 한국인 ☐ 아시아 인도인 ☐ 중국계
☐ 월남인 ☐ 기타 아시아인 ☐ 하와이 원주민 ☐ 괌 주민 또는 차모르 ☐ 사모아인 ☐ 기타 태평양 군도 인종 ☐ 기타

한 가지 응답을 선택하십시오.

20. 출생 시 지정된 성별(출생증명서에서 확인 가능):

☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 기타: 모름 ☐ 답변을 원치 않음

21. 현재 성별:

☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 트랜스젠더 여성 ☐ 트랜스젠더 남성 ☐ 다른 용어: 모름 ☐ 답변을 원치 않음

22. 성적 지향:

☐ 양성애자 ☐ 레즈비언 또는 게이 ☐ 이성애자(레즈비언이나 게이가 아님) ☐ 다른 용어: 모름 ☐ 답변을 원치 않음

제 2단계: 대상자 1 (자신에 대해 계속 작성해 주십시오.)

현재 직업 및 소득에 대한 정보

☐ 고용됨: 현재 직업을 갖고 있다면, 소득에 대해 기술해 주십시오. 23번 항목으로 시작하십시오. ☐ 미고용 상태: 33번 항목으로 넘어가십시오. ☐ 자영업: 32번 항목으로 넘어가십시오.

현재 직업 1:

23. 고용주 이름

a. 고용주 주소 (선택사항)

b. 도시명

c. 주명

d. 우편번호

24. 고용주의 전화 번호

25. 급여/사례금(세전)

\$ 월 2회

☐ 시급

☐ 주급

☐ 매 2주 당

☐ 월 2회

☐ 월급

☐ 연봉

26. 각 주 당 평균 근무 시간

현재 직업 2: (기타의 직업을 가지고 여백이 더 필요하다면, 종이를 첨부해 주십시오.)

27. 고용주 이름

a. 고용주 주소 (선택사항)

b. 도시명

c. 주명

d. 우편번호

28. 고용주의 전화 번호

29. 급여/사례금(세전)

\$ 월 2회

☐ 시급

☐ 주급

☐ 매 2주 당

☐ 월 2회

☐ 월급

☐ 연봉

30. 각 주 당 평균 근무 시간

31. 과거 년도에 행한 활동들 중: ☐ 직업을 바꿨다 ☐ 일을 그만 뒀다 ☐ 더 적은 시간동안 근무했다 ☐ 위에 있는 내용 아무 것에도 해당되지 않는다

32. 자영업자라면, a와 b에 대해 주십시오:

a. 직무 유형:

b. 이번 달에 이 자영업으로부터 얼마 만큼의 순 소득(사업상의 비용 공제 후의 이윤)을 벌게 됩니까?
 지침으로 이동합니다.

\$

다음 페이지에 계속됩니다



33. 이번 달에 벌어들이는 기타의 소득: 해당되는 모든 난을 작성하고, 액수와 소득의 횟수를 기재해 주십시오.. 없는 경우 이곳을 작성해 주세요. ○
주: 자녀의 지원, 재향 군인 연금, 또는 생활 보조금(SSI) 으로 인한 소득에 대해서 말할 필요가 없습니다.

○ 미고용 \$ 횟수?	○ 지급된 이혼 수당 (주: 2019년 1월 1일 이전에 종결된 이혼에만 해당.) \$ 횟수?
○ 연금 \$ 횟수?	○ 순 농업/어업 소득 \$ 횟수?
○ 사회보장 연금 \$ 횟수?	○ 순 임대료/로열티 \$ 횟수?
○ 퇴직 계정 \$ 횟수?	○ 기타 소득, 유형: \$ 횟수?

34. 공제액: 해당되는 곳에 모두, 그리고 액수와 횟수를 기재해 주십시오. 연방소득세 신고로 공제될 수 있는 특정 비용이 지출된다면 이에 대해 상술하면 건강 보험 비용이 약간 낮아질 수 있습니다. 귀하가 지불하는 자녀 양육비 또는 순 자영업에 대한 답변에서 이미 고려된 비용은 제외하십시오(질문 32b).

○ 이혼 수당 (주: 2019년 1월 1일 이전에 종결된 이혼에만 해당.) \$ 횟수?	○ 기타 공제, 유형: \$ 횟수?
○ 학비 용자금 이자 \$ 횟수?	

35. 연중 일부 기간 동안만 직장에서 근무하거나 특정 기간(개월) 동안 혜택을 받는 경우와 같이 연중 소득에 변동이 있는 경우 이 질문에 대한 답변을 작성해 주십시오. 월수입에 변화가 없을 것으로 예상되는 경우 다음 사람으로 건너뛰십시오. ➡

올해 총 소득 \$	내년 의 귀하의 총소득 (소득이 달라질 것으로 생각될 경우) \$ ○ 귀하의 소득을 예상하기가 어렵다면 작성하십시오.
------------------------------------	---

감사합니다! 이상 귀하에 대해 알고자 하는 모든 사항입니다.

주: 만약 이 대상자가 건강 보험이 필요 없다면, 이 페이지의 질문 1-10까지 응답해 주십시오.
가정에 두명 이상이 있다면 페이지 5-7를 복사하여 주십시오.

19. 대상자 2는 풀타임 학생인가요? ☒ 예 ☐ 아니오

? 신청서 작성에 도움이 필요하세요? **HealthCare.gov**를 방문하거나, **1-800-318-2596**로 연락주세요. 영어가 아닌 언어로 지원을 받으려면, **1-800-318-2596**로 연락하여 필요한 언어를 요청하십시오. 당사는 무료로 지원을 드립니다. TTY 사용자는 **1-855-889-4325**를 이용하시면 됩니다.



선택형 질문: (이 정보를 제공하더라도 적격성, 플랜 옵션 또는 비용에는 영향을 미치지 않습니다.)

적용되는 모든 난을 작성해 주세요.

21. 인종:

☐ 백인 ☐ 흑인 또는 아프리카인 ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 ☐ 필리핀인 ☐ 일본인 ☐ 한국인 ☐ 아시아 인도인 ☐ 중국계
☐ 월남인 ☐ 기타 아시아인 ☐ 하와이 원주민 ☐ 괌 주민 또는 차모르 ☐ 사모아인 ☐ 기타 태평양 군도 인종 ☐ 기타

한 가지 응답을 선택하십시오.

22. 출생 시 지정된 성별(대상자 2의 출생증명서에서 확인 가능):

☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 기타: _____ 모름 ☐ 답변을 원치 않음

23. 현재 성별:

☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 트랜스젠더 여성 ☐ 트랜스젠더 남성 ☐ 다른 용어: _____ ☐ 모름 ☐ 답변을 원치 않음

24. 성적 지향:

☐ 양성애자 ☐ 레즈비언 또는 게이 ☐ 이성애자(레즈비언이나 게이가 아님) ☐ 다른 용어: _____ ☐ 모름 ☐ 답변을 원치 않음

제 2단계: 대상자 2

대상자 2가 취득하는 소득에 대해 기술해 주십시오.

대상자 2가 건강 보험이 필요하지 않더라도 이 페이지를 작성해 주십시오

현재 직업 및 소득에 대한 정보

☐ 고용됨: 대상자 2가 현재 고용 상태라면, 그의 소득에 대해 기술해 주십시오. 25번 항목으로 시작하십시오.

☐ 미고용 상태: 35번 항목으로 넘어가십시오.

☐ 자영업: 34번 항목으로 넘어가십시오.

현재 직업 1:

25. 고용주 이름

a. 고용주 주소 (선택사항)

b. 도시명

c. 주명

d. 우편번호

26. 고용주의 전화 번호

27. 급여/사례금(세전)

\$ _____

☐ 시급

☐ 주급

☐ 매 2주 당

☐ 월 2회

☐ 월급

☐ 연봉

28. 각 주 당 평균 근무 시간

현재 직업 2: (대상자 2가 더 이상의 직업이 있다면, 다른 페이지를 첨부하세요.)

29. 고용주 이름

a. 고용주 주소 (선택사항)

b. 도시명

c. 주명

d. 우편번호

30. 고용주의 전화 번호

31. 급여/사례금(세전)

\$ _____

☐ 시급

☐ 주급

☐ 매 2주 당

☐ 월 2회

☐ 월급

☐ 연봉

32. 각 주 당 평균 근무 시간

33. 과거에, 대상자 2는: ☐ 직업을 바꿨다 ☐ 일을 그만 뒀다 ☐ 더 적은 시간동안 근무했다 ☐ 위에 있는 내용 아무 것에도 해당되지 않는다

34. 대상자 2가 자영업이라면, a 항목과 b 항목에 답해 주십시오:

a. 직무 유형:

b. 이번 달에 대상자 2는 이 자영업에서 얼마의 순 소득 (비용을 제외한 이윤)을 벌 수 있나요? 지침으로 이동합니다.

\$ _____

다음 페이지에 계속됩니다



35. 이번 달에 대상자 2가 버는 기타의 소득: 해당되는 곳에 모두 기재하시고 대상자 2가 버는 금액과 횟수를 기록하세요. 해당이 없으면 여기에 기재하세요. ☐ 주: 대상자 2가 어린이 보살피기, 재향 군인 연금, 또는 생활 보조금 (SSI)으로부터의 소득이 있다는 것을 밝힐 필요는 없습니다.

☐ 미고용 \$ 횟수?	☐ 지급된 이혼 수당 (주: 2019년 1월 1일 이전에 종결된 이혼에만 해당.) \$ 횟수?
☐ 연금 \$ 횟수?	☐ 순 농업/어업 소득 \$ 횟수?
☐ 사회보장 연금 \$ 횟수?	☐ 순 임대료/로열티 \$ 횟수?
☐ 퇴직 계정 \$ 횟수?	☐ 기타 소득, 유형: \$ 횟수?

36 공제액: 해당되는 곳에 전부 기재해 주세요, 그리고 대상자 2가 버는 금액과 횟수를 기재해 주세요. 대상자 2가 연방소득 신고 상 특정 금액이 공제될 수 있다면, 이에 대해 기술하는 것이 건강 혜택 비용을 약간 낮출 수 있습니다.

대상자 2가 지불하는 자녀 양육비 또는 순 자영업에 대한 답변에서 이미 고려된 비용은 제외하십시오(질문 34b).

☐ 이혼 수당 (주: 2019년 1월 1일 이전에 종결된 이혼에만 해당.) \$ 횟수?	☐ 기타 공제, 유형: \$ 횟수?
☐ 학비 융자금 이자 \$ 횟수?	

37 대상자 2가 연간 어느 기간에만 일하거나 특정 달에 대해 혜택을 입는 등의 연간 대상자 2의 소득 변경에 대해서만 기술하세요. 대상자 2가 월 소득이 변동될 것으로 예상하지 않는 경우에는 다음 대상자로 건너뛰십시오. ➡

올해의 대상자 2의 총소득 \$	내년의 대상자 2의 총소득 \$	☐ 귀하의 소득을 예상하기가 어렵다면 작성하십시오.
---	---	--

감사합니다! 이상이 대상자 2에 대해 당사가 알고자 하는 모든 것입니다.



제 3단계: 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 (AI/AN) 가족 구성원(들)

1. 귀하 또는 가족의 누군가가 아메리칸 인디언이나 알래스카 원주민입니까?

☐ 아니요. 아니라면, 제 4단계로 계속하십시오

☐ 예. 예라면, 제 3단계를 계속하고 부록 B를 작성하여 이 신청서에 포함하십시오.

제 4단계: 귀하 가구의 건강보험

1. 지난 90일 동안 이 신청서에 기술된 대상자가 Medicaid나 어린이 건강보험 프로그램 (CHIP)에 자격이 없는 것이 발견되었나요?

(Marketplace가 아닌 주정부에 의해 이 혜택에 자격이 없는 것이 발견된 경우에만 예를 선택하십시오.) ☐ 예 ☐ 아니요

누가 그렇습니까?

날짜:

또는, 지난 5년 이내에 이민국 신분으로 인하여 이 신청서류 상, 메디케이드 혹은 CHIP에 자격이 되지 않는 다고 결정된 사람이 있었습니까? ... ☐ 예 ☐ 아니요

누가 그렇습니까?

이 신청서에 기재된 사람 중에 마켓플레이스 공식 등록기간 동안, 또는 생애의 중대한 사건 후에 보험을 신청한 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

누가 그렇습니까?

2. 이 신청서에 기재된 누군가가 직장에서 건강 보험 혜택을 제공받았나요? 혜택을 수락하지 않더라도 부모나 배우자 등 예택이 누군가의 직장에서 이루어진 것이라도 하더라도 예를 선택하십시오. 제안되는 유일한 보험이 COBRA일 경우, '아니요'에 체크하십시오.

☐ 예. 계속하고 부록 A를 작성하세요.

☐ 아니요.

'예'일 경우, 이것이 주 공무원 급여 플랜입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

신청서에 기재된 누군가가 개별적인 건강보상계약(HRA)이나 유자격 소규모 고용주 HRA(QSEHRA)를 제안받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

3. 현재 건강 보험에 가입된 사람이 있나요?

☐ 예. 만약 예라면, 질문 4을 계속하십시오.

☐ 아니요. 만약 아니라면, 제 5단계로 넘어가십시오.

4. 현재의 건강 보험에 대한 정보. (2인 이상이 현재 건강 보험에 가입되어 있다면 이 페이지의 사본을 작성하십시오.)

고용주 보험, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, VA health care 프로그램, Peace Corps, 또는 기타의 혜택의 유형을 기재해 주십시오.

(Direct Care나 Line of Duty에 가입되어 있다면 TRICARE에 대해 언급하지 마십시오.)

대상자 1:	건강 보험에 등재된 사람의 이름	
	혜택의 종류	
	☐ 고용주 보험 ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ VA 헬스케어 프로그램 ☐ Peace Corps ☐ 기타	
	고용주 보험인 경우: (부록 A를 작성하셔야 합니다.)	
	건강 보험 회사 이름	보험/ID 번호
	기타의 혜택인 경우: ☐ Marketplace건강 보험이라면, 작성해 주세요.	
	건강 보험회사 이름	보험/ID 번호
	이는 학교 사고 보험 같은 제한된 혜택 플랜입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	

대상자 2:	건강 보험에 등재된 사람의 이름	
	혜택의 종류	
	☐ 고용주 보험 ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ VA 헬스케어 프로그램 ☐ Peace Corps ☐ 기타	
	고용주 보험인 경우: (부록 A를 작성하셔야 합니다.)	
	건강 보험 회사 이름	보험/ID 번호
	기타의 혜택인 경우: ☐ Marketplace건강 보험이라면, 작성해 주세요.	
	건강 보험회사 이름	보험/ID 번호
	이는 학교 사고 보험 같은 제한된 혜택 플랜입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	



유권자 등록에 대한 정보를 확인하고 싶으신가요? (선택 사항)

☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 대답하고 싶지 않음

Vote.gov 에서 해당 주에 대한 정보, 등록 기한, 리소스를 확인하실 수 있습니다.



제 5단계: 귀하의 동의 및 날인

1. Marketplace가 향후 5년간 세금 신고의 정보를 포함한 소득세 자료를 사용하는 데 동의하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
향후년 동안 보험에 대한 지불에 도움이 되는 귀하의 자격을 결정하는 데 보다 쉽도록 하기 위해서, Marketplace가 세금 신고의 정보를 포함하는 업데이트된 소득 자료를 사용하는 데 동의할 수 있습니다. 마켓플레이스는 귀하가 아직도 자격이 되는지 확인할 것이며, 귀하의 소득이 여전히 자격이 되는지 귀하가 확인하시도록 요청을 해야 할 수도 있습니다. 언제든지 그런 절차에서 나가실 수 있습니다.

아니라면, 다음의 해동안 저의 정보를 자동적으로 업데이트 해 주십시오: ☐ 5 년간 ☐ 4 년간 ☐ 3 년간 ☐ 2 년간 ☐ 1 년간

☐ 건강 관리 혜택에 대한 지불 자격을 갱신하기 위해 저의 세금 자료를 사용하지 마십시오. (이 옵션을 선택하면 갱신 시 혜택에 대한 지불 도움 자격에 영향을 미칠 수 있습니다.)

2. 이 신청서 상의 건강 보험을 신청하는 사람 중 감금된(구속되거나 투옥 중) 자가 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오

만일 예라면, 당사자의 이름을 알려 주십시오 감금된 사람의 이름은:

☐ 이 사람이 집행 처벌을 직면하고 있는지 여기에 입력해 주세요.

귀하의 신청서 중의 누군가가 마켓플레이스 보험에 가입되어 있고, 나중에 자격이 되는 다른 보험(메디케어, 메디케이드, 또는 CHIP)을 받을 자격이 되는 것으로 판정된 경우, 마켓플레이스는 자동적으로 마켓플레이스 보험을 종료시킵니다. 이렇게 함으로써, 자격이 되는 다른 보험에 가입할 수 있는 사람이 마켓플레이스 보험에 남아있지 않게 하여, 전 비용을 지불해야 하는 것을 방지할 수 있습니다.

☐ 본인은 이러한 상황에서 내 신청서에 있는 사람의 마켓플레이스 보험을 마켓플레이스가 종료되게 하는 것에 동의합니다.

☐ 본인은 마켓플레이스가 이러한 상황에서 마켓플레이스 보험을 종료하도록 허락하지 않습니다. 본인은, 영향을 받는 내 신청서의 사람이 더 이상 재정지원을 받을 자격이 없고, 마켓플레이스 보험 비용 전액을 지불해야 함을 이해합니다.

이 신청서 상에 의료 조치 자격이 있는 사람:

- 저는 기타의 건강 보험, 법적 합의나 기타 제삼자로부터 금전을 추구하기 위해 Medicaid 에이전시에 저의 권리를 부여합니다. 저는 배우자나 부모로부터의 의료 지원을 추구하기 위한 권리를 Medicaid 에이전시에 부여합니다.
- 이 신청서 상의 어린이가 가정 바깥에 부모가 거주하나요? ☐ 예 ☐ 아니오
- 만약 예라면, 부재 부모로부터의 의료 지원을 취하는 에이전시와 협조할 것을 요청받을 것을 알고 있습니다. 제가 의료 지원 수취에 협력하는 것이 저나 제 아이들에 해가될 것으로 생각한다면, 저는 Medicaid에 말할 수 있고 협조하지 않아야 할 수 있습니다.
- 저는 제가 아는 한 이 서식 상의 모든 질문에 대한 응답을 제공했다는 뜻으로 위증에 대한 처벌을 인식하고 이 신청서에 날인하는 바입니다. 저는 의도적으로 거짓이나 사실이 아닌 정보를 제공했다면 연방 법 하에 처벌받을 수 있다는 것을 알고 있습니다
- 이 신청서 상에 기술한 사항에 어떤 변경 (그리고 기술한 바와 다른)이 생기는 경우 30일 이내에 Health Insurance Marketplace®에게 알려야 한다는 것을 알고 있습니다. 저는 HealthCare.gov을 방문하거나 1-800-318-2596에 전화하여 이러한 변경에 대해 통고할 수 있습니다. 저는 제가 제시한 정보의 변경이 저의 자격과 제 가정의 구성원에 대한 자격에 영향을 미칠 수 있다는 것을 이해합니다.
- 저는 연방법 하에, 인종, 피부색, 본 국적, 성별, 연령, 성적 지향성, 성 정체성 또는 불구로 인해 차별이 허용되지 않는다는 것을 알고 있습니다. 저는 차별에 대한 불만 사항을 HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint을 방문하여 신고할 수 있습니다.
- 저는 이 서식에 제공된 정보는 건강보험 혜택에 대한 자격을 결정하고, 혜택에 대한 지불에 도움을 주며 (요청 시), 보험에 대한 지불에 도움을 주는 Marketplace와 프로그램의 적법한 목적으로만 사용될 것이라는 것을 알고 있습니다.

당사는 귀하가 신청하기를 선택한다면 건강관리 혜택에 대한 지불에 도움을 주는 자격을 확인하기 위해 필요합니다. 당사는 당사의 전자 데이터베이스 상의 정보와 국세청 (IRS), 사회보장, 국토안보부, 그리고/또는 고객 보고 에이전시로부터의 정보를 사용하여 귀하의 응답을 확인할 것입니다. 정보가 맞지 않을 경우, 우리는 귀하가 우리에게 확인서를 보내도록 요청할 수 있습니다.

내 자격여부 고지가 잘못되었다고 생각되면 어떻게 해야 하나요?

신청서가 처리되고 나면 우편으로 적격성 통지서를 받게 됩니다. 자격 조건에 맞는 플랜에 동의하지 않으신다면, 많은 경우, 재심을 청구할 수 있습니다. 이의신청에 며칠이나 필요하지 등 혜택에 신청한 가정 내의 각 당사자에 대한 특정 지시 사항을 알아보기 위해 귀하의 자격조건 통지를 검토하시기 바랍니다. 상고를 언제 제기하느냐를 고려하기 위한 중요한 정보가 여기 있습니다.

- 귀하는 원한다면 상고 내의 요청 또는 참여할 누군가를 임명할 수 있습니다. 그 사람은 친구, 친척, 변호사나 기타의 개인일 수 있습니다. 또는, 귀하는 자신이 상고 내에서 요청하거나 참여할 수 있습니다.
- 상고를 요청하는 경우, 상고가 처리되는 동안 혜택에 대한 귀하의 자격을 유지할 수 있을 수 있습니다.
- 상고의 결과는 귀하의 가정의 다른 구성원들의 자격을 변경시킬 수도 있습니다.

귀하의 Marketplace 자격 결과에 상고하려면, HealthCare.gov/marketplace-appeals를 방문하십시오. Marketplace 콜센터 1-800-318-2596로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-855-889-4325을 이용하시면 됩니다.. 귀하는 또한 상고 요청 서식이나 자신의 편지로 Health Insurance Marketplace, 보건부서, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. 등록 기간, 세금공제, 비용 분담 공제, Medicaid 및 CHIP이 거절되면 Marketplace를 통해 건강 보험에 가입하는 데 대한 자격을 상고할 수 있습니다. 귀하가 세금 공제나 비용분담 공제에 자격을 갖추고 있다면, 귀하의 자격에 대해 당사가 정한 금액에 대해 상고할 수 있습니다. 거주 주에 따라, Marketplace를 통해 상고할 수 있거나 주 Medicaid나 CHIP 에이전시를 통해 상고를 요청할 수 있습니다.

대상자 1이 이 신청서에 날인해야 합니다. 귀하가 인증된 대표자라면, 대상자 1이 부록 C에 날인한 한 여기에 날인할 수 있습니다.

날인	날인 날짜 (월/일/연도)

공개 등록 기간 (11월 1일에서 익년 1월 15일 까지) 외에 이 신청서에 날인한다면, 부록 D ("생활 변경에 대한 질문들")를 검토하십시오.



제 6단계: 작성된 신청서를 우편으로 보내십시오



다음 주소로 날인된 신청서를 보내 주십시오.

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

영어가 아닌 언어로 도움 받기

귀하나 귀하가 돕는 사람이 Health Insurance marketplace에 관한 질문이 있다면, 귀하는 무료로 자신의 언어로 도움과 정보를 얻을 수 있습니다. 통역자와 대화하려면 **1-800-318-2596**로 전화하세요.

여기 사용할 수 있는 언어의 목록이 있으며 이 언어들로 동일한 메시지가 제공됩니다:

Español (Spanish)

Si usted o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, tiene derecho a obtener ayuda e información gratis en su idioma. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu quý vị, hoặc ai đó đang được quý vị giúp đỡ, có câu hỏi về Health Insurance Marketplace®, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace®)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèprete an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace®), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace®, tumawag sa 1-800-318-2596.

PRA 공개 선언: 1995년 종이 문서 작업 절감 법에 따라, 유효한 OMB 컨트롤 번호가 없는 한 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1191입니다. 이 정보 수집에 필요한 시간은 지시 사항 검토, 기존 자료원 검색, 필요한 자료 수집, 그리고 정보 수집 완료 및 검토에 따른 시간을 포함하여, 응답 당 평균 45분으로 추정됩니다. 이 서식에 대해 추정 시간의 정확성이나 제안에 대한 의견이 있다면 다음으로 전화 또는 편지를 주시기 바랍니다: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

영어가 아닌 언어로 도움 받기 (계속)

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace®), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace® (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace®“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કૉલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace®), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596.

日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplace®に問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。

PRA 공개 선언: 1995년 종이 문서 작업 절감 법에 따라, 유효한 OMB 컨트롤 번호가 없는 한 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1191입니다. 이 정보 수집에 필요한 시간은 지시 사항 검토, 기존 자료원 검색, 필요한 자료 수집, 그리고 정보 수집 완료 및 검토에 따른 시간을 포함하여, 응답 당 평균 45분으로 추정됩니다. 이 서식에 대해 추정 시간의 정확성이나 제안에 대한 의견이 있다면 다음으로 전화 또는 편지를 주시기 바랍니다: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**부록 A: 직장에서 수여받는 건강관리 혜택**

가정 내에서 누군가 직장으로부터 건강관리 보험에 자격이 있지 않은 경우, 그 사람이 혜택을 원하지 않더라도, 이 질문들에 응답할 필요는 **없습니다**. 아울러, 누군가가 제안받는 유일한 보험이 COBRA라면 이러한 질문에 답하실 필요가 없습니다. 보험을 제공하는 각 직업에 대해 이 페이지의 사본을 첨부하십시오.

보험을 제공하는 직업에 대해 기술해 주십시오.

이 페이지의 사본을 만들어 이 질문들에 대답하는 데 도움을 주는 보험 제공 고용주에게 가져다 주십시오.

고용주에 대한 정보

1. 고용주 이름 (이름, 중간 이름, 성)	2. 고용주의 사회보장 번호 (SSN)

고용주에 대한 정보

3. 고용주/회사 이름	
4. 고용주의 신분증 번호 (EIN)	5. 고용주의 전화번호

이제, 고용원 혜택을 관리하는 사람이나 부서의 정보를 입력해 주세요. 당사는 더 상세한 정보가 필요한 경우 이 사람과 연락을 취할 수 있습니다:

6. 고용원 건강관리 보험에 대하여 당사가 연락을 취할 수 있는 사람이나 부서	
7. 고용주 주소 (Marketplace는 이 주소로 공지를 보낼 수 있습니다)	
8. 도시명	9. 주명
10. 우편 번호	
11. 전화번호 (위와 다른 경우)	12. 이메일 주소

13. 피고용인이 이 고용주가 제공하는 건강보험을 제안받고 있습니까? 다음달 초 현재, 또는 공식가입 기간 동안 신청할 경우라면 1월 1일 현재 보험 제안을 받을 것이라면, '예'만을 선택하십시오 (11월 1일~1월 15일).

☐ 예 (계속) ☐ 아니오 (고용인: 멈추고 이 양식을 피고용인에게 돌려보내세요.
피고용인: 당신의 마켓플레이스 보장 신청서로 돌아가세요.)

고용주가 이 고용원의 배우자나 피 부양인(들)을 포괄하는 건강관리 보험을 제공하나요?

☐ 예. 만약 예라면, 누가 혜택을 받습니까? ☐ 배우자 ☐ 피부양인(들) ☐ 아니오 (질문 14로 가십시오.)

고용인의 가정 내에 이 직업에서 제공하는 혜택에 자격을 갖춘 기타의 사람들의 이름을 기술해 주세요.

이름

이름

이름

다음 페이지에 계속됩니다



이 고용주가 제공하는 건강관리 혜택에 대해 기술해 주십시오.

14. 고용주가 최소한의 가치 기준*에 충족되는 건강관리 플랜을 제공하나요?

☐ 예 (질문 15로 가십시오) ☐ 아니오 (중지하고 이 서식을 직원에게 돌려주십시오.)

15. 직원이 최소한의 가치 기준*을 충족시키는 직원에게만 제공되는 최저가의 플랜을 위해 직원이 얼마나 부담해야 하나요? 가족 보험이 포함되지 않습니다.

a. 직원이 이 보험금을 지불할 것입니다: \$

주: 건강관리 혜택에 대해 직원이 지불할 수 있는 최저액을 입력하십시오.

b. 직원은 이 액수를 다음의 기간에 지불할 것입니다: ☐ 주간 ☐ 매 2주 마다 ☐ 월 2회 ☐ 월 1회 ☐ 분기별 ☐ 연간

16. 13번 질문에 다른 가족 구성원이 기재된 경우: 직원과 13번 질문에 기재된 가족 구성원을 보장하는 최저 비용 플랜에 대해 직원이 지불할 금액은 얼마입니까? 고용주가 웰니스 프로그램을 제공한다면, 직원이 금연 프로그램에 대해 최대 할인을 받고 웰니스 프로그램을 기반으로 한 다른 할인을 받지 않는 경우 직원이 지불할 보험료를 입력하십시오.

a. 직원이 이 보험금을 지불할 것입니다: \$

b. 직원은 이 액수를 다음의 기간에 지불할 것입니다: ☐ 주간 ☐ 매 2주 마다 ☐ 월 2회 ☐ 월 1회 ☐ 분기별 ☐ 연간

* 건강 관리 플랜은 표준 인구에 대한 의료 서비스 총 비용의 최소한 60%를 지불하고 병원 및 의사 서비스의 상당량의 혜택을 제공하는 경우 최소 가치 기준을 충족합니다. 대부분의 직장 기반의 플랜은 최소 가치 기준을 충족합니다.

부록 B



Form Approved
OMB No. 0938-1191
Expires: 09/30/2027



부록 C: 이 서식 작성에 도움 받기

인증 신청 카운슬러, 네비게이터, 에이전트와 브로커만 작성하세요

귀하가 누군가를 대신하여 이 신청서를 작성하는 공인 신청서 카운슬러, 네비게이터, 대행사나 브로커인 경우 이 난을 작성해 주세요.

1. 신청 시작일 (월/일/연도)

2. 이름, 중간 이름, 성, 및 마지막 이름

3. 기관명

4. 신분증 번호 (해당 시)

5. 에이전트/브로커만 작성해 주세요. NPN 번호

공인 대표자를 선택할 수 있습니다.

귀하는 귀하의 신청에 대해 정보를 수집하고 귀하를 대신해 신청서에 날인하는 것을 포함하는 당사와 이 신청서에 대해 이야기하고, 귀하의 정보를 검토하고, 이 신청에 관계되어 귀하를 위해 조치하는 신뢰할 수 있는 사람을 제시할 수 있습니다. 이 사람은 "공인 대표"라고 불립니다. 귀하가 공인 대표를 변경하거나 제거할 필요가 생기면, Marketplace에 연락해 주십시오. 이 신청에 대해 누군가를 위해 대표자를 법적으로 선임한다면, 신청과 함께 증거물을 제출해 주십시오.

1. 공인 대표의 이름 (이름, 중간 이름, 성)

2. 주소

3. 자택 주소 2

4. 도시명

5. 주명

6. 우편번호

7. 전화번호

8. 기관명

9. 신분증 번호 (해당 시)

날인함으로써, 귀하는 이 사람으로 하여금 신청서에 날인하고, 이 신청에 대한 공식 정보를 수집하며, 이 신청에 관계된 향후의 사안에 대해 조치하도록 하는 것입니다.

10. 이 신청서에 기재된 대상자 1의 날인

11. 날인 일자 (월/일/연도)





부록 D: 생활 변화에 대한 질문들

(귀하는 이 페이지와 함께 이 신청서의 나머지 부분을 작성하셔야 합니다. 이 페이지를 이대로 제출하지 마십시오.)

이 신청서상의 누군가가 지난 60일 내에(또는 향후 60일 내에 예상), 건강보험 상실, 결혼, 또는 출산 등 생애의 변화를 겪었다면, 이 페이지를 작성하여 서명을 포함 작성이 완료된 신청서에 포함시키십시오. 일정한 생애의 변화가 있으면 마켓플레이스를 통해 보험 가입이 가능하며 즉시 효력이 발생합니다. 또한, 귀하가 공식가입 기간을 벗어나서 신청하실 경우, 이러한 질문에 답을 하실 것을 권장합니다 (11월 1일~1월 15일).

이 질문들은 선택적입니다. 귀하의 삶의 환경이 변하지 않았다면, 이에 대한 응답을 공란으로 남길 수 있습니다. 귀하는 생활 변화를 경험하지 않더라도 Medicaid와 어린이의 건강 보험 프로그램(CHIP)에 연중 아무 때고 가입할 수 있습니다. 연방정부가 인정하는 부족과 알래스카 원주민 주식 보유자의 구성원들은 연간 언제고 Marketplace를 통해 혜택에 가입할 수 있습니다.

귀하의 가정에 일어난 변화에 대해 기술하십시오.

1. 지난 60일만에 누군가 건강 보험 혜택의 자격을 상실하거나 향후 60일 동안에 건강 보험 혜택 자격 상실을 예상하나요?

성명	혜택 만료 및 만료 예정일 (월/일/연도)

2. 지난 60일 간 혼인한 사람이 있나요?

성명	날짜 (월/일/연도)

a. 지난 60일간 연제고 이 중 건강 보험 혜택에 자격을 가진 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오

예라면 이름(들)을 여기에 입력하십시오:

3. 구속 상태(구류나 투옥)에서 풀려난 사람이 있나요?

성명	날짜 (월/일/연도)

4. 지난 60일 간 이민 상태 자격을 취득한 사람이 있나요?

성명	날짜 (월/일/연도)

5. 지난 60일간 입양되거나, 입양을 위해 신청되거나, 가정 위탁으로 보내진 사람이 있나요?

성명	날짜 (월/일/연도)

6. 지난 60일간 자녀 양육이나 기타의 법원 명령으로 부양가족이 된 사람이 있나요?

성명	날짜 (월/일/연도)

7. 지난 60일 내에 이사한 사람이 있습니까?

성명	이사 일자 (월/일/연도)

a. 귀하 이전 주소의 ZIP 코드는 무엇입니까? ☐ 귀하가 외국이나 미국 보호령에서 이주했다면 이곳에 작성하십시오.
b. 지난 60일간 연제고 이 중 건강 보험 혜택에 자격을 가진 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오

만약 예라면, 아래에 그 사람들의 이름(들)을 기재해 주세요:

성명