

استعد لتقديم طلب إعادة التسجيل في خطة التغطية لدى سوق التأمين الصحي Health Insurance Marketplace®

للتقدم بطلب لإعادة التسجيل لدى سوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace)، تفضل زيارة الموقع الإلكتروني HealthCare.gov أو اتصل على مركز الاتصالات التابع لسوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) على الرقم: 1-800-318-2596. يمكن لمستخدمي خدمات الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-855-889-4325. جَهِز هذه المعلومات قبل بدء طلبك. سيساعدك ذلك على ملء طلبك بشكلٍ أسرع.

هل هو جاهز؟	ولماذا أحتاج إلى ذلك؟	ما الذي أحتاج إليه؟
<input type="checkbox"/>	سيتم سؤالك في طلب سوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) الخاص بك عن كل شخص في منزلك، حتى أولئك الذين لا يتقدمون بطلب للحصول على تغطية تأمين صحي.	بياناتك الشخصية
<input type="checkbox"/>	سوف يُطلب منك في الطلب المُقدم لسوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) توفير بيانات عن كل فرد من أفراد أسرته حتى غير المُتقدمين للحصول على تغطية تأمينية. بالنسبة لسوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace)، فإن أسرتك تشمل دافعي الضرائب والأشخاص التابعين الذين يعولهم دافع الضرائب، إلا أنه ثمة بعض الاستثناءات. في بعض الأحيان قد يتضمن ذلك هؤلاء الأشخاص الذين تعيش معهم والذين ليسوا من أفراد أسرتك الخاضعين للضرائب. عليك تضمين نفسك في طلبك. عند قيامك بتعبئة الطلب الخاص بك، فقد يُطلب منك بعض المعلومات عن الأشخاص الآتي ذكرهم: <ul style="list-style-type: none"> ■ زوجتك ■ أطفالك الذين يعيشون معك حتى إذا كان لديهم ما يكفيهم من الأموال لتقديم إقرار ضريبي بأنفسهم ■ أي شخص تقوم بتضمينه في إقرارك الضريبي على أنه من المعولين، حتى وإن لم يكن ممن يعيشون معك ■ أي شخص آخر تحت سن 21 عامًا ممن تقوم بالاعتناء بهم وممن يعيشون معك ■ شريك غير المتزوج، فقط إذا كان أحد الشرطين التاليين أو كلاهما مُنطبقًا: <ul style="list-style-type: none"> • إذا كان من المعولين التابعين لك لأغراض دفع الضرائب • إذا كان أحد والدي طفلك لمزيد من المعلومات، تفضل زيارة الموقع الإلكتروني HealthCare.gov/income-and-household-information/household-size ، أو اتصل بمركز الاتصال التابع لسوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace).	بيانات حول أفراد أسرته
<input type="checkbox"/>	يمكن لمحل إقامتك ومعيشتك أن يؤثر على نوعية تغطية التأمين الصحي التي تكون مؤهلاً للحصول عليها. سوف تحدد اسم الولاية في بداية الطلب. عليك إدراج عنوان منزلك لمعرفة ما إذا كنت من المقيمين في الولاية التي تبحث فيها عن التغطية التأمينية. سوف تُسأل عن عنوانك البريدي. في العادة يكون نفس عنوان منزلك. إذا كان مُختلفًا، يُرجى توفير عنوان البريد الخاص بك داخل الولاية التي تعيش فيها. إذا كان لدى أي شخص من المُدرجين في الطلب الذي تقدمه عنوان منزل أو عنوان بريدي مُختلف، عليك ذكره أيضًا.	عنوان المنزل و/أو العنوان البريدي لجميع المتقدمين للحصول على تغطية التأمين الصحي.
<input type="checkbox"/>	سوف يُطلب منك في الطلب المُقدم إلى سوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) توفير بعض المعلومات الأساسية عن كل شخص مُتقدم للحصول على تغطية تأمينية بما في ذلك علاقته بك.	معلومات حول كيفية قيام الجميع بتقديم طلبات التغطية التأمينية.

هل هو جاهز؟	ولماذا أحتاج إلى ذلك؟	ما الذي أحتاج إليه؟
<input type="checkbox"/>	سوف يُطلب منك في الطلب المُقدَّم لسوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) توفير رقم الضمان الاجتماعي المكوّن من 9 أرقام عن كل شخص حتى غير المُتقدمين للحصول على تغطية تأمينية. سيؤكد سوق التأمين الصحي أرقام الضمان الاجتماعي مع هيئة الضمان الاجتماعي، وذلك بعد أن تمنحه الإذن في بداية طلبك. إذا لم تُدرج رقم الضمان الاجتماعي (SSN)، فقد تكون في حاجةٍ إلى توفير المزيد من المعلومات في وقتٍ لاحقٍ بعد ذلك.	أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) لجميع الأشخاص المذكورين في الطلب.
<input type="checkbox"/>	إذا استعنت بأي شخص لمساعدتك في استكمال الطلب، فسيكون عليك إدراج البيانات الخاصة به. يشمل ذلك المُطلعين على المعلومات ومستشاري تقديم الطلبات المعتمدين وموظفي المساعدة، والوكلاء والوسطاء.	معلومات عن الشخص الذي يساعدك في تقديم الطلب، إن وُجد.
<input type="checkbox"/>	إذا كان أي شخص من المُدرجين في الطلب الخاص بك ممن يحتاجون إلى تغطية تأمينية من المقيمين الشرعيين حالياً، فسوف يُطلب منك توفير معلومات من واقع مستندات الهجرة الخاصة به.	معلومات وثائق الهجرة (ينطبق ذلك فقط على المقيمين الشرعيين حالياً)
<input type="checkbox"/>	إذا كنت بصدد تقديم إقرار الضرائب الفيدرالية على الدخل وكنت من المتزوجين، فإن سوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) سيلزمه معرفة ما إذا كنت تتقدم بإقرار ضريبي بصورة منفردة عن زوجك أم بالتزامن معه. سوف تُسأل عن أي شخص تدعي أنك تعوله بصفتك دافع ضرائب.	معلومات عن كيفية تقديمك للإقرار الضريبي
<input type="checkbox"/>	سوف يُطلب منك في الطلب المُقدَّم لسوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) توفير بيانات عن دخل ونفقات كل فرد من أفراد أسرتك حتى غير المُتقدمين للحصول على تغطية تأمينية. ينظر سوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) إلى هذه الأشياء على أنها ضمن الدخل: <ul style="list-style-type: none"> ■ الأجور والرواتب، كما وردت في نموذج W-2، وكذلك كعب الراتب الخاص بك ■ الإكراميات والبقشيش ■ صافي الدخل المُتحصل عليه من أيٍّ من الأعمال أو الوظائف الحرة ■ تعويضات البطالة ■ مدفوعات الضمان الاجتماعي بما في ذلك مدفوعات حالات العجز والإعاقة (ويُستثنى من ذلك دخل الضمان التكميلي (SSI)) ■ نفقات المُطلقات ونفقات الانفصال المُنتهي قبل 1 يناير 2019 ■ دخل التقاعد أو المعاش التقاعدي بما في ذلك معظم سحبات حساب التقاعد الفردي أو خطة (401k) ■ دخل الاستثمار مثل حصص الأسهم أو السندات ■ دخل الإيجارات ■ غير ذلك من أنواع الدخول الخاضعة للضريبة لمزيد من المعلومات حول الدخل أو مصادر الدخل التي يجب عليك تضمينها، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني HealthCare.gov/income-and-household-information/income .	بيانات صاحب العمل وبيانات الدخل لجميع الأشخاص في أسرتك
<input type="checkbox"/>	قد يُطلب منك في الطلب المُقدَّم لسوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) الخاص بك أن تُقدّر دخل الأسرة المعيشي الذي من المتوقع تحقيقه في العام الذي تتقدم فيه بطلب للحصول على تغطية تأمينية خلاله. إذا لم تكن متأكدًا، يمكنك الإدلاء بأفضل تقدير حسب وجهة نظرك. في حال طرأ أي تغيير على الدخل، أو في حال اختلفت قيمته عن التقدير الذي قدمته، فستكون في حاجةٍ إلى تحديث هذه البيانات لاحقًا. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني HealthCare.gov/reporting-changes/why-report-changes . لمساعدتك في حساب دخل الأسرة المعيشي، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني، HealthCare.gov/income-calculator .	أفضل تقدير لك لدخل أسرتك

هل هو جاهز؟	ولماذا أحتاج إلى ذلك؟	ما الذي أحتاج إليه؟
<input type="checkbox"/>	سيتم سؤالك في طلب سوق التأمين الصحي الخاص بك عما إذا كان أي شخص في أسرتك مسجلاً حالياً في تغطية تأمين صحي، بما في ذلك المقدمة من خلال برنامج Medicaid، أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP)، أو برنامج Medicare، أو برنامج TRICARE، أو برنامج الرعاية الصحية التابع لهيئة شؤون المحاربين القدامى، أو برنامج Peace Corps، أو برنامج COBRA، أو برنامج التأمين للمتقاعدين، أو أي تغطية تأمين صحي من خلال تأمين خاص بفرد ما (بما في ذلك تغطية التأمين الصحي من خلال سوق التأمين الصحي) أو جهة عمل. إذا كان لدى أي شخص تغطية تأمين صحي حالية، فقد تحتاج إلى إدخال أرقام وثيقته. يمكنك العثور على هذه المعلومات في بطاقة التأمين الصحي أو الوثائق التي تحصل عليها من خطة التأمين الصحي الخاصة بهم.	بيانات تغطية التأمين الصحي الحالية
<input type="checkbox"/>	سيطلب منك في طلب سوق التأمين الصحي الخاص بك معلومات حول أي خطة مستندة إلى الوظيفة تكون أنت أو أي شخص في أسرتك مؤهلاً لها. سوف يُطلب منك معلومات الاتصال الخاصة بجهة العمل لكل شخص في منزلك لديه وظيفة. يمكنك استخدام "أداة التغطية التأمينية من خلال جهة العمل" (Employer Coverage Tool) على موقع healthcare.gov/downloads/employer-coverage-tool.pdf للمساعدة في جمع هذه المعلومات. ستحتاج إلى ملء ورقة العمل هذه لكل فرد في الأسرة مؤهل للحصول على التغطية الصحية التقليدية من خلال وظيفة ما، حتى لو لم يكن هذا الشخص مسجلاً في الخطة المستندة إلى الوظيفة أو لم يتقدم بطلب للحصول على تغطية التأمين الصحي من خلال سوق التأمين الصحي.	بيانات صاحب العمل لكل فرد في عائلتك
<input type="checkbox"/>	إذا كان هناك شخص يعمل لدى شركة وعرضت عليه المساعدة في سداد رسوم خطة تأمينه الصحي أو نفقات الرعاية الصحية من خلال ترتيب السداد الصحي (HRA) عبر خطة تغطية مفردة أو ترتيب سداد النفقات الصحية (HRA) عن طريق صاحب عمل مؤهل يمتلك شركة صغيرة، يُستخدم الإشعار الذي يتم الحصول عليه من قبل صاحب العمل لاستكمال طلب التغطية التأمينية من سوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace). لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني HealthCare.gov/job-based-help .	شعار ترتيب سداد النفقات الصحية (HRA) (يسري هذا فقط إذا تلقى أي شخص من أفراد أسرتك عرضاً لترتيب سداد النفقات الصحية من خلال صاحب عمله)

يحق لك الحصول على البيانات الخاصة بسوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace) بصيغة يسهل الاطلاع عليها مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو الطباعة بطريقة برايل أو في صيغة ملف صوتي. يحق لك أيضاً تقديم شكوى إذا شعرت أنك وقعت ضحية لإحدى حالات التمييز العنصري.

تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/CMSNondiscriminationnotice)

أو اتصل على 1-800-318-2596 لتحصل على المزيد من المعلومات. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال

الاتصال على الرقم 1-855-889-4325.