

## ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ (ਅਤੇ ਪਤਾ ਲਾਉਣਾ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਲਾਗਤਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ)

ਇਹ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ:

- ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਂਪਲ ਰੈਲਥ (Medicaid) ਤੋਂ ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਵਾਲੀ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਐਂਪਲ ਰੈਲਥ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਇਸ ਨੂੰ ਚਿਲਡ੍ਰਨ ਸ ਇੰਸਿਓਰੈਂਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CHIP) ਵਜੋਂ ਵੀ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ
- ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਢੁਕਵੇਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ
- ਪੂਰੀ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਢੁਕਵੇਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਅਤੇ ਢੁਕਵੇਂ ਡੈਂਟਲ ਪਲਾਨ

### ਫ਼ੋਰਨ ਆੱਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ

- ਇਸ ਵੈਬਸਾਈਟ [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) 'ਤੇ ਫ਼ੋਰਨ ਆੱਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ

ਆਪਣੇ ਲਈ ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪਏਗੀ:

- ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ
- ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ
- ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਮੀਗ੍ਰੈਂਟਸ ਲਈ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਪਾਸਪੋਰਟ, "A" ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਇਮੀਗ੍ਰੈਸ਼ਨ ਨੰਬਰ
- ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਭਰਨ ਲਈ ਸਾਰੇ ਬਾਲਗ਼ਾਂ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਨਾਬਾਲਗ਼ਾਂ ਵਲੋਂ ਲੋੜੀਂਦੀ ਚੋਖੀ ਆਮਦਨ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਬਾਰੇ ਆਮਦਨ ਦੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ
- ਤੁਹਾਡੇ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

### ਅਸੀਂ ਇੰਨੀ ਵੱਧ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਉਂ ਕਹਿੰਦੇ ਹਾਂ?

ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ, ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਕਾਨੂੰਨ ਵਲੋਂ ਲੋੜੀਂਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਰੱਖਾਂਗੇ।

### ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਲਈ ਮੁਕੰਮਲ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤਸ਼ੁਦਾ ਅਰਜ਼ੀ ਭੇਜੋ:

Washington Healthplanfinder

PO Box 946

Olympia, Washington, 98507

ਜਾਂ ਫ਼ੈਕਸ ਕਰੋ 1-855-867-4467

ਜੇ ਸਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੰਗੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ ਨਾਂ, ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ, ਪਤਾ ਭਰਕੇ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦਾ ਅਮਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹੋ।

### ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਮਦਦ ਲਓ:

- ਆੱਨਲਾਈਨ: [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)
- ਫੋਨ: 1-855-WAFINDER (855-923-4633) ਜਾਂ 1-855-627-9604 (TTY) 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸਹਾਇਤਾ ਸੈਂਟਰ (Customer Support Center) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ
- ਆਪ ਜਾਕੇ: ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਮਦਦ ਲੈਣ ਲਈ [wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org) 'ਤੇ ਕਸਟਮਰ ਸਹਾਇਤਾ ਲਿੰਕ ਰਾਹੀਂ ਨੈਵੀਗੇਟਰ ਜਾਂ ਬ੍ਰੋਕਰ ਲਈ ਸਰਚ ਕਰੋ।
- ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ): ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ (ਇਸ ਵਿੱਚ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਜਾਂ ਛਪੀ ਹੋਈ ਸਮਗ੍ਰੀ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ) ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਲਈ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਵਾਸਤੇ 1-855-WAFINDER (855-923-4633) or 1-855-627-9604 (TTY) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

## ਪਰਿਭਾਸ਼ਾਵਾਂ

**ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ:** ਆਪਣਾ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

**ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਿੰਡਰ (Washington Healthplanfinder):** ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਵਿੱਚ ਲੋਕਾਂ, ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਅਤੇ ਛੋਟੇ ਕਾਰੋਬਾਰਾਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਤੁਲਨਾ ਅਤੇ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ, ਘਟਾਈ ਗਈ ਲਾਗਤ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ ਵਰਗੇ ਸਰਕਾਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਲਈ ਆਨਲਾਈਨ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ।

**ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ:** ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਲਈ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਰਕਮ, ਜੋ ਕੋਈ ਹੈ। ਕਵਰੇਜ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਵੀ ਸਿਹਤ-ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾ ਲਈਆਂ ਹੋਣ।

**ਢੁਕਵਾਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ:** Washington Healthplanfinder ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ

**ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਕਵਰੇਜ:** ਵਾਜਬ ਸੰਭਾਲ ਬਾਰੇ ਕਾਨੂੰਨ (Affordable Care Act) ਹੇਠ, ਇਹ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਪੂਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਇੱਕ ਕਿਸਮ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀਆਂ, ਨੈਕਰੀ-ਅਧਾਰਿਤ ਕਵਰੇਜ, Medicare, Medicaid, ਚਿਲਡ੍ਰਨ ਸ ਹੈਲਥ ਇੰਸਿਓਰੈਂਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CHIP), TRICARE ਅਤੇ 10 ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਲਾਭ ਕਵਰ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਹੋਰ ਕਵਰੇਜ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

**ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਲਾਭ:** 10 ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਸੈਟ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰ ਦੀਆਂ ਵਿਜ਼ਿਟਾਂ, ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਰੁਕਣ ਅਤੇ ਪਰਚੀ 'ਤੇ ਲਿਖੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਵਰਗੇ ਸਾਰੇ ਪਲਾਨ ਜ਼ਰੂਰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲਾਭ ਮੁਫਤ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

**ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ:** ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦੇ ਵਸਨੀਕ ਸਰਕਾਰੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹਨ। ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਵਿੱਚ Medicaid, ਚਿਲਡ੍ਰਨ ਸ ਹੈਲਥ ਇੰਸਿਓਰੈਂਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CHIP) ਅਤੇ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਨਾਲ ਚੱਲਣ ਵਾਲੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ ਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

## ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ

ਤੁਸੀਂ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਦੀ ਆਪਣੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ ਕੱਢਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਖਾਲਸ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚੋਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਮੰਜੂਰਸ਼ੁਦਾ ਖਰਚੇ ਘਟਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ [www.irs.gov](http://www.irs.gov) 'ਤੇ "ਸੈਡਿਊਲ C ਜਾਂ ਸੈਡਿਊਲ F ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਵੇਖੋ"।

ਮੰਜੂਰਸ਼ੁਦਾ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਹਨ:

- ਕਾਰ ਅਤੇ ਟ੍ਰਕ ਦੇ ਖਰਚੇ
- ਕਮੀਸ਼ਨਾਂ, ਫੀਸਾਂ ਅਤੇ ਠੇਕੇ 'ਤੇ ਮਜ਼ਦੂਰ
- ਨੁਕਸਾਨ
- ਮੁੱਲ ਘੱਟਣਾ
- ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਲਾਭ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਪੇਨਸ਼ਨ ਅਤੇ ਲਾਭ-ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਪਲਾਨ
- ਬੀਮਾ (ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਛੱਡਕੇ) ਅਤੇ ਮਾਰਟਗੇਜ 'ਤੇ ਲੱਗਿਆ ਵਿਆਜ
- ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸੇਵਾਵਾਂ
- ਦਫ਼ਤਰੀ ਖਰਚੇ, ਕਿਰਾਇਆ ਅਤੇ ਲੀਜ਼
- ਸੰਪਤੀ, ਦੇਣਦਾਰੀ ਜਾਂ ਕਾਰੋਬਾਰ ਵਿੱਚ ਵਿਘਨ ਪੈਣ ਬਾਰੇ ਬੀਮਾ
- ਸਪਲਾਈਆਂ, ਮੁਰੰਮਤਾਂ ਅਤੇ ਸਾਂਭ-ਸੰਭਾਲ
- ਸਫ਼ਰ, ਭੋਜਨ ਅਤੇ ਮਨੋਰੰਜਨ
- ਬਿਜਲੀ/ਪਾਣੀ/ਗੈਸ, ਟੈਕਸ ਅਤੇ ਲਾਇਸੈਂਸ
- ਉਜਰਤਾਂ (ਘੱਟ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਦੇ ਕ੍ਰੈਡਿਟ)

## ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਹੱਕ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

### ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਸਬੰਧੀ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ (ਅਸੀਂ ਜ਼ਰੂਰ ਪੂਰੇ ਕਰਦੇ ਹਾਂ)

**ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਫ਼ਾਰਮ ਪੜ੍ਹਣ ਅਤੇ ਭਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨੀ।** ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਂਡਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਜ਼ੁਰਗ, ਨੇਤਰਹੀਣ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪੰਗ) ਵਿਅਕਤੀ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ (LTSS) ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ (DSHS) ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਂਡਰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ ਜਾਂ DSHS ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਵੇਲੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫ਼ਤ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰੀ ਕੀਤਿਆਂ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨੀਆਂ।

**ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਰੱਖਣੀ** ਪਰ ਅਸੀਂ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਦੀਆਂ ਹੋਰਨਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਥੋੜ੍ਹੀ-ਬਹੁਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਂਡਰ DSHS ਵਲੋਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ, LTSS, ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ, ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਜਾਂ ਲਾਗਤ-ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਕਟੌਤੀਆਂ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, **ਖ਼ਿਲਾਫ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ।** ਅਪੀਲ ਲਈ ਕਹਿਕੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦਾ ਜਾਇਜ਼ਾ ਲਿਆ ਜਾਏਗਾ। ਤੁਸੀਂ <http://www.wahbexchange.org/appeals/> 'ਤੇ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਂਡਰ ਦੇ ਅਪੀਲਾਂ ਬਾਰੇ ਪੇਜ 'ਤੇ ਵਿਜ਼ਿਟ ਕਰਕੇ ਜਾਂ 1-855-923-4633 'ਤੇ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਂਡਰ ਗਾਹਕ ਸਹਾਇਤਾ ਸੈਂਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਂਡਰ ਦੇ ਅਪੀਲਾਂ ਬਾਰੇ ਅਮਲ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। DSHS ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਪੀਲਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ 1-877-501-2233 'ਤੇ DSHS ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਸੰਪਰਕ ਸੈਂਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਸਥਾਨਕ ਘਰੇਲੂ ਅਤੇ ਭਾਈਚਾਰਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇ ਇਹ ਅਪੀਲ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲੇ ਲਈ ਹੈ, ਜੇ ਕੇਸ ਦੇ ਜਾਇਜ਼ੇ ਰਾਹੀਂ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇੱਕ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ।

**ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਢੁਕਵਾਂ ਵਿਹਾਰ ਕਰਨਾ।** ਪੱਖਪਾਤ ਕਰਨਾ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਖ਼ਿਲਾਫ਼ ਹੈ। ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥ ਬੈਨੇਫ਼ਿਟ ਐਕਸਚੇਂਜ/ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ ਢੁਕਵੇਂ ਫੈਡਰਲ ਸਿਵਿਲ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਬੰਸ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਪੱਖਪਾਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥ ਬੈਨੇਫ਼ਿਟ ਐਕਸਚੇਂਜ/ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਬੰਸ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਬਾਰਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਵਿਹਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥ ਬੈਨੇਫ਼ਿਟ ਐਕਸਚੇਂਜ/ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ ਸਟੇਟ ਦੇ ਸਾਰੇ ਢੁਕਵੇਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਵੀ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਆਸਥਾ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ-ਪ੍ਰਗਟਾਵੇ ਜਾਂ ਪਛਾਣ, ਜਿਣਸੀ ਰੁਝਾਨ, ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ, ਧਰਮ, ਸਨਮਾਨ ਸਹਿਤ ਨੇਕਰੀ ਤੋਂ ਹਟਾਏ ਗਏ ਵੈਟਰਨ ਜਾਂ ਫ਼ੌਜੀ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗ) ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ ਸਿਖਲਾਈਪ੍ਰਾਪਤ ਡੰਗ ਗਾਈਡ ਜਾਂ ਸਰਵਿਸ ਐਨੀਮਲ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਪੱਖਪਾਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥ ਬੈਨੇਫ਼ਿਟ ਐਕਸਚੇਂਜ/ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ:

- **ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗ) ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਣ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣੀਆਂ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਅਸਰਦਾਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰ ਸਕਣ, ਜਿਵੇਂ:**
  - ਢੁਕਵੀਂ ਸੰਕੇਤ ਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
  - ਹੋਰਨਾਂ ਰੂਪਾਂ (ਵੱਡੇ ਅੱਖਰ, ਆਂਡੀਓ, ਉਪਲਬਧ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ, ਹੋਰ ਰੂਪ) ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ
- **ਜਿਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਮਾਂ-ਬੋਲੀ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨੀਆਂ, ਜਿਵੇਂ:**
  - ਯੋਗਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
  - ਹੋਰਨਾਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-855-923-4633 ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥ ਬੈਨੇਫ਼ਿਟ ਐਕਸਚੇਂਜ/ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਮ ਰਹੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਪੱਖਪਾਤ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Washington Health Benefit Exchange Legal Department</b><br/>ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator<br/>PO Box 1757<br/>Olympia, WA 98507-1757<br/>1-855-859-2512<br/>ਫ਼ੋਨ: 1-360-841-7653<br/><a href="mailto:appeals@wahbexchange.org">appeals@wahbexchange.org</a></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Health Care Authority Division of Legal Services</b><br/>ATTN: Compliance Officer<br/>(ADA/Nondiscrimination Coordinator)<br/>PO Box 42704<br/>Olympia, WA 98501-2704<br/>1-855-682-0787<br/>ਫ਼ੋਨ: 1-360-507-9234<br/><a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a></li> </ul> |
|--|---|

ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਜਾਕੇ ਜਾਂ ਡਾਕ, ਫ਼ੈਕਸ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥ ਬੈਨੇਫ਼ਿਟ ਐਕਸਚੇਂਜ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਵਿਭਾਗ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 'ਤੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਫੋਨ 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਅਮਰੀਕੀ ਵਿਭਾਗ, ਸਿਵਲ ਹੱਕਾਂ ਲਈ ਦਫ਼ਤਰ ਕੋਲ ਸਿਵਲ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਆਪਣੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

#### U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html) 'ਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਬਾਰੇ ਫ਼ਾਰਮ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

#### ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਸਬੰਧੀ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ (ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ) ਲਈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

**SSN ਅਤੇ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ।** ਕੁਝ ਅਪਵਾਦ ਛੱਡਕੇ, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਜਿਹੜੇ ਮੈਂਬਰ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ ਜ਼ਰੂਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ SSN ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ, ਨਾਗਰਿਕਤਾ, ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਥਿਤੀ, ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਉਪਲਬਧਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਕੇ, ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਏਜੰਸੀ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।

ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਕੁਝ ਮੈਂਬਰਾਂ, ਪਰ ਹੋਰਨਾਂ ਲਈ ਨਹੀਂ, ਵਾਸਤੇ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ ਸੰਭਵ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਘਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ SSN ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਹੋਰ ਲੋਕ ਅਜੇ ਵੀ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕਵਰੇਜ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਪਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਪੱਕਾ ਵਸਨੀਕ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕ ਬਣਨ ਦੇ ਮੌਕਿਆਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ।

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ ਦੇ ਕੁਝ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਵੀ ਹਨ, ਜੋ ਇਹ ਨਹੀਂ ਦਰਸਾ ਸਕਦੇ ਕਿ ਉਹ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਪਰ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਘਰ ਵਿਚਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ SSN ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ ਮੁਹੱਈਆ ਨਾ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਰਜ਼ੀ ਨਾ ਪਾਉਣ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨੀ ਪਏਗੀ।

**ਏਜੰਸੀ ਵਲੋਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣ 'ਤੇ,** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਤਾਂ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਸਬੂਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ।

#### ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲਾਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

**ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫ਼ੈਡਰਲ ਦੇ ਕੁਝ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ,** ਜੋ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨ ਫ਼ਾਈਂਡਰ ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਵਲੋਂ ਚਲਾਏ ਜਾਂਦੇ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਸਿਸਟਮਾਂ ਦਾ ਕਾਰਜ ਚਲਾਉਣ, ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ 'ਤੇ ਕੰਟਰੋਲ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਸਿਸਟਮਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਉਹਨਾਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਜੋ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਉਸ ਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

**ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਾਨੂੰਨ, 1973** ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਾਰੀਆਂ ਸਟੇਟਾਂ, ਆਪਣੇ ਸਰਕਾਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦਫ਼ਤਰਾਂ ਰਾਹੀਂ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਹਾਇਤਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣ।

ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਾਉਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ 'ਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ, ਜੋ ਇਸ ਏਜੰਸੀ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਏ ਜਾਣਗੇ। ਤੁਸੀਂ [www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov) 'ਤੇ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ 1-800-448-4881 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਫ਼ਾਰਮਾਂ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ।

**ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀ ਪ੍ਰੋਟੈਕਸ਼ਨ (ਇੱਕ ਕੰਪਨੀ ਦੀ ਥਾਂ ਦੂਜੇ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣੀਆਂ) ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਕਾਨੂੰਨ (HIPAA),** ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ (HCA) ਅਤੇ DSHS ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਰਜਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਅਖ਼ਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਮੁਖ਼ਤਾਰਨਾਮਾ (ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ) ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫ਼ਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, HIV, AIDS, STD ਦੇ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਆਦੀ ਲੋਕਾਂ ਦੀਆਂ ਇਲਾਜ ਸਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨ ਫ਼ਾਈਂਡਰ ਦੀ ਰਾਜਦਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਪਾਲਿਸੀ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ [https://www.wahealthplanfinder.org/\\_content/PrivacyPolicy.html](https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html) 'ਤੇ ਜਾਓ

**ਵਾਜਬ ਸੰਭਾਲ ਬਾਰੇ ਕਾਨੂੰਨ,** ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨ ਫ਼ਾਈਂਡਰ ਅਤੇ DSHS ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਂਬਰ, ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈਣ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਉਸ ਲਈ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਛਾਣੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਤੋਂ ਵਰਜਦਾ ਹੈ।

ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਡਰ ਅਤੇ DSHS ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਉਸਦੀ ਫੈਡਰਲ ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਦੇ ਅਫਸਰਾਂ ਵਲੋਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਏਜੰਸੀ ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਵਲੋਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਡਰ ਰਾਹੀਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਮਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਣ ਕਰਕੇ ਅਮਲ ਮੁਕੰਮਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਡਰ ਵਿੱਚ ਸਟੋਰ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ 90 ਦਿਨਾਂ ਲਈ ਪਹੁੰਚ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ 90-ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਰਜ਼ੀ ਮੁਕੰਮਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਡਰ ਸਿਸਟਮ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਡਿਲੀਟ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਏਗੀ।

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਡਰ, HCA ਅਤੇ DSHS ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਲਾਨ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਲਾਨ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਹੇਠ ਵਿੱਤੋ-ਬਾਹਰੀ ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਲਾਭ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਲਾਭ ਦੇਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਮਿਲਾਫ਼ ਅਪੀਲ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੁਝ ਸੁਆਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਡਰ ਰਾਹੀਂ ਖਰੀਦੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ COBRA ਲਈ ਵੀ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਤਾਂ COBRA ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ COBRA ਦੇ ਨੋਟਿਸਾਂ ਅਤੇ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਆਦ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ, ਤੁਹਾਡੇ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਨੂੰ, ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਚੁਣੀ ਗਈ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਤੋਂ ਪ੍ਰਵਾਣਗੀ ਬਾਰੇ ਚਿੰਠੀ ਅਤੇ ਬੀਮਾ ਪੌਲਿਸੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਬੀਮੇ ਬਾਰੇ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਜਾਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਮਿਲਣ ਤੱਕ ਕੋਈ ਵੀ ਮੌਜੂਦਾ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਰੱਦ ਨਾ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ COBRA ਲਾਭ ਲੈਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਨਾ ਕਰੋ। ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਪੌਲਿਸੀ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਤਾਰੀਖ, ਉਡੀਕ ਦੀਆਂ ਮਿਆਦਾਂ, ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਰਕਮ, ਲਾਭਾਂ, ਬੰਦਿਸ਼ਾਂ, ਰੋਕਾਂ ਅਤੇ ਰਾਈਡਰਾਂ 'ਤੇ ਖ਼ਾਸ ਧਿਆਨ ਦਿਓ।

ਤੁਸੀਂ ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਡਿਵੀਜ਼ਨ (DCS) ਰਾਹੀਂ ਐਨਫ਼ੋਰਸਮੈਂਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਲੈਣ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ [www.childsupportonline.wa.gov](http://www.childsupportonline.wa.gov) 'ਤੇ ਜਾਓ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ DCS ਦਫ਼ਤਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

## ਸਿਰਫ਼ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ (ਅਸੀਂ ਜ਼ਰੂਰ ਪੂਰੇ ਕਰਦੇ ਹਾਂ)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੁੱਛਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਬਾਰੇ ਸਮਝਾਉਣਾ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਸ਼ਕ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਂ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਜਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਅਖ਼ਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਜਿਸ ਦਿਨ ਸਾਨੂੰ ਅੰਸ਼ਕ ਅਰਜ਼ੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਉਹੀ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਮਿਲਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਹ ਤਾਰੀਖ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਹੋਣ ਵੇਲੇ ਲਾਗੂ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦਾ ਅਮਲ ਮੁਕੰਮਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੱਕ ਵੀ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਅੰਤਮ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਕਰਾਂਗੇ।

WAC 182-503-0005 ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਿਆਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ।

ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਰਨ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨਾ ਅਤੇ WAC 182-503-0060 ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਮੱੇ ਦੀਆਂ ਮਿਆਦਾਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਨਹੀਂ।

ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ 10 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਦਿਆਂਗੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਖ਼ਾਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ, ਬੰਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਜਾਂ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਸਬੂਤ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਰੇਸ਼ਾਨੀ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਾਂਗੇ। ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਇੱਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੈਸੇ ਦੇਣੇ ਪੈਣਗੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਲਾਗਤ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੈਸੇ ਭੇਜਾਂਗੇ।

ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਬੰਦ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਅਸੀਂ ਬਹੁਤੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸਾਂਗੇ।

ਬਹੁਤੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 45 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਫੈਸਲਾ ਦਿਆਂਗੇ। ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਰਜ) ਸਬੰਧੀ ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ 60 ਦਿਨ ਤੱਕ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਸਬੰਧੀ ਮੈਡੀਕਲ ਬਾਰੇ 15 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਿਖਤੀ ਫੈਸਲਾ ਦਿਆਂਗੇ।

ਜੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦਾ ਆਂਡਿਟ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੜਤਾਲਕਰਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਪੜਤਾਲਕਰਤਾ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਪੜਤਾਲਕਰਤਾ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮੇਂ ਫਿਰ ਤੋਂ ਆਉਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਜਿਹੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

ਜਦ ਤੱਕ ਅਸੀਂ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ WAC 182-504-0125 ਅਨੁਸਾਰ, ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਜਾਰੀ ਰੱਖੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਤਾਂ WAC 182-503-0120 ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਦਿੱਤੇ ਹਾਂ।

**ਸਿਰਫ਼ ਵਾੱਸਿੰਗਟਨ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ (ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ) ਲਈ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ**

ਤਬਦੀਲੀ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ WAC 182-504-0105 ਅਤੇ WAC 182-504-0110 ਵਿੱਚ ਲੋੜੀਂਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨੀ।  
ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਨੂੰ ਵੇਖਣ ਲਈ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਵਾਣਗੀ ਚਿੱਠੀ ਪੜ੍ਹੋ।

ਜਦੋਂ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਏ, ਨਵਿਆਉਣ ਦਾ ਕੰਮ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰੋ।

**ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਿੱਲ ਬਣਾਉਣ ਵਾਸਤੇ ਸਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ।**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, Medicare ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ।

ਜਦੋਂ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਏ, ਰੁਆਲਿਟੀ ਐਸਿਰੈਂਸ ਨਾਲ ਮਿਲਵਰਤਨ ਕਰੋ।

ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾੱਸਿੰਗਟਨ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਜਾਂ ਲੈਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਏ, ਤਾਂ ਹੋਰਨਾਂ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਸੰਭਵ ਆਮਦਨ ਲੈਣ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ ਅਤੇ ਢੁਕਵੀਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰੋ।

**ਸਿਰਫ਼ ਵਾੱਸਿੰਗਟਨ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ ਬਾਰੇ ਉਹ ਗੱਲਾਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ**

ਵਾੱਸਿੰਗਟਨ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ ਲਈ ਕਹਿਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਵਾੱਸਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦੇ ਸਾਰੇ ਹੱਕ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

**ਏਜੰਸੀ, ਬੱਚੇ ਦੀ ਟੀਕਾਕਰਣ ਰਿਪੋਰਟ 'ਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਸਿਸਟਮ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਟੀਕਾਕਰਣ ਸਬੰਧੀ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝੇ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।**

ਤੁਸੀਂ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਨਕਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਭੋਜਨ-ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਬਾਲ-ਸੰਭਾਲ ਸਬਸਿਡੀਆਂ ਵਰਗੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ DSHS ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ, ਵਾੱਸਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਉਹ ਲਾਗਤਾਂ ਵਸੂਲ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਇਸਨੇ ਐਸਟੇਟ ਰਿਕਵਰੀ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 ਅਤੇ ਚੈਪਟਰ 182-527 WAC) ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਐਸਟੇਟ ਤੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਕਿਸਮਾਂ ਲਈ ਕੀਤਾ ਸੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡੇ ਪਿੱਛੇ ਰਹਿ ਗਏ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦੀ ਮੌਤ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਜਿਉਂਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਉਮਰ 21 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਹੋਣ ਤੱਕ ਐਸਟੇਟ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ। ਇਹ ਵਸੂਲੀ ਉਸ ਸਮੇਂ ਵੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਵੇਲੇ ਜਿਉਂਦਾ ਬੱਚਾ ਨੇਤਰਹੀਣ/ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪੰਗ) ਸੀ। ਵਸੂਲੀ ਵਾਲੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ:

- ਵਾੱਸਿੰਗਟਨ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਲੰਮੇ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵੇਲੇ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 55 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਹੈ;
- ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਕੁਝ ਕੁਝ ਵੀ ਹੋਵੇ, ਲਈ ਸਿਰਫ਼ ਸਟੇਟ ਦੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਨਾਲ ਚੱਲਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ।

WAC 182-527-2742 ਹੇਠ ਤੁਸੀਂ ਲਾਗਤਾਂ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। WAC 182-527-2746 ਹੇਠ ਤੁਸੀਂ ਵਸੂਲੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰੱਖੇ ਗਏ ਅਸਾਇਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੱਕੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਰਸਿੰਗ ਸਹੂਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਟੇਟ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਮਰ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਸਲ ਜਾਇਦਾਦ 'ਤੇ ਮੌਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੱਕ-ਰਖਾਈ ਵੀ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ (WAC 182-527-2734)। ਸਟੇਟ ਦੀ ਸੰਪਤੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਐਸਟੇਟ ਵੇਚਕੇ ਵਸੂਲੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ:

- ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ;
- ਤੁਹਾਡਾ ਭਰਾ/ਭੈਣ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ, ਸਹਿ-ਮਾਲਕ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸ਼ਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।
- ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਅਤੇ ਨੇਤਰਹੀਣ/ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪੰਗ) ਨਹੀਂ ਹੈ; ਜਾਂ
- ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ WAC 182-527-2734 ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੱਕ-ਰਖਾਈ ਹੇਠ ਲਾਗਤਾਂ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

**ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰਾਂ ਤੋਂ ਗ਼ੈਰਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ, ਫਾਰਮੇਸੀ ਅਤੇ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।**

**ਸਿਰਫ਼ ਢੁਕਵੇਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ**

**ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ:** ਅਸੀਂ ਫ਼ੈਡਰਲ ਡਾਟਾਬੇਸ ਕੋਲ ਪਈ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਫ਼ੈਡਰਲ ਡਾਟਾਬੇਸ ਨਾਲ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੀ, ਤਾਂ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ 95 ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸਾਡੇ ਵਲੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਬੇਨਤੀ (ਬੇਨਤੀਆਂ) ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਮ ਰਹਿਣ ਬਦਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਜਾਂ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਖ਼ਤਮ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਸਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣਾ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸੁਆਲ ਹੋਣ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਅਤੇ ਅੰਤਮ-ਤਾਰੀਖ਼ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਵਾਬ ਦਿਓ।

**ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN):** ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚਲੇ ਹਰ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ, ਜਿਸ ਕੋਲ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਸਾਨੂੰ ਦੇਣਾ ਪੈਣਾ ਹੈ। ਜੇ ਕਿਸੇ ਕੋਲ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਅਜੇ ਵੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

**ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਆਈਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਫ਼ੋਰਨ ਦੱਸਣਾ:** ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਭਰੀ ਗਈ ਆਮਦਨ ਇਹ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਸਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਕਿੰਨੀ ਹੋਏਗੀ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਬਦਲੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਅਪਡੇਟ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਵਿਚਲੀ ਤਬਦੀਲੀ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਕਟੌਤੀਆਂ ਅਤੇ ਲਾਗਤ-ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਸਬੰਧੀ ਕਟੌਤੀਆਂ ਬਦਲ ਜਾਣਗੀਆਂ। ਜਿੰਨਾ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ, ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾਉਣ ਲੱਗਿਆਂ ਸਟੀਕ ਰਹੇ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਅਹਿਮ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਫ਼ੋਰਨ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰੋ।

**ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਦਾ ਮਿਲਾਨ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ:** IRS ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਇੰਜ ਤੁਸੀਂ ਸਲਾਨਾ IRS ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਭਰਕੇ ਅਤੇ ਸਹੀ IRS ਫਾਰਮ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਕੇ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। IRS ਲਈ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਮ ਰਹਿਣ ਬਦਲੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਨਹੀਂ ਮਿਲਣਗੇ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ IRS ਫਾਰਮ 1095 ਅਤੇ 8962 ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਈਆਂ ਗਈਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਪੜ੍ਹੋ।

**ਦਰਸਾਈਆਂ ਗਈਆਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਬਦਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ:** ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦੀਆਂ ਅੰਡਰਰਾਈਟਿੰਗ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸਾਂ (ਜੋਖਮ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਅਤੇ ਕਿਸਮ) ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਪਸੰਦ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਕਲਪਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਲਾਗਤਾਂ ਬਦਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 تماس بگیرید. (TRS: 711)

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).



# ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਭਾਗ 1

1

## ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ

M.I.

ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਅਤੇ ਪਿਛੇਤਰ

ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN)\*

ਜਨਮ-ਸਮੇਂ ਮਿੱਥਿਆ ਗਿਆ ਲਿੰਗ

ਮਰਦ

ਔਰਤ

ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਜਾਂ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਘਰ ਦਾ ਕੋਈ ਪਤਾ ਹੈ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਕਾਉਂਟੀ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?  
ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਿਰ ਵੀ ਡਾਕ ਪਤਾ ਦੇਣਾ ਪਏਗਾ।

ਪਤਾ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਡਾਕ ਪਤਾ (ਜੇ ਵੱਖਰਾ ਹੈ)

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਮੁੱਖ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਦੂਜਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਡਾਈਡਰ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਸਬੰਧੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜਾ ਤਰੀਕਾ ਪਸੰਦ ਹੈ? ਫੋਨ ਈ-ਮੇਲ USPS ਮੇਲ

\*HCA ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਏਜੰਸੀ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ SSN ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਖਾਲੀ ਛੱਡ ਦਿਓ।

2

## ਭਾਸ਼ਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਲਈ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਅਤੇ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਛੁੱਟ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਭ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਜਿਸ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ, ਕੀ ਕਿਸੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜਾ ਬਦਲਵਾਂ ਫਾਰਮੈਟ ਭੇਜਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

ਵੱਡੇ ਅਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ

ਬ੍ਰੈਲ

HCA 18-001 PJ (9/22) Punjabi



18001

ਕੀ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਗਰਭਵਤੀ ਹੈ?

ਨਹੀਂ ਹਾਂ

1. ਕੋਈ ਵੀ ਬਾਲਗ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ (AREP), ਪਰਿਵਾਰ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਤੋਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜਾਣੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਯੋਗਤਾ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਉਸਨੂੰ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖਤਿਆਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਨੈਵੀਗੇਟਰ ਜਾਂ ਬ੍ਰੇਕਰ ਨਾਲ ਭਾਈਵਾਲੀ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੈ।
  2. ਜੇ ਇੱਕ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਕਰਕੇ AREP ਨਿਯੁਕਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ, ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ [dshs.wa.gov/authorized-rep-form](https://dshs.wa.gov/authorized-rep-form) 'ਤੇ ਅਖਤਿਆਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਿਯੁਕਤੀ ਫਾਰਮ (DSHS 14-532) ਭਰਕੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ AREP ਨਾਮਜ਼ਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
  3. ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਲਈ ਮੰਜੂਰੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ:
    - ਖਾਤੇ ਸਬੰਧੀ ਸਾਰੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨਾ।
    - ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਖਾਤੇ ਸਬੰਧੀ ਨੋਟਿਸ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨੇ; ਅਤੇ
    - ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਖਾਤੇ ਸਬੰਧੀ ਸਾਰੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨਾ।
- a. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ
- b. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਖਾਤੇ ਸਬੰਧੀ ਨੋਟਿਸ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਂ/ਸੰਸਥਾ

ਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਅਖਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਡਾਕ ਪਤਾ

ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਜ਼ਰੂਰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ: ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ, ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਸਾਰੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਅਤੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਫੈਡਰਲ ਆਮਦਨ ਦੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਸ਼ਖ਼ਸ, ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਉਹ ਇਸਦਾ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਦਾਅਵਾ ਕਰੇ। **ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਪੰਨਾ 9 ਤੋਂ 16 ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਦੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ 'ਤੇ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੈਕਸ ਫ਼ਾਈਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਪਏਗਾ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ

M.I.

ਆਖਰੀ ਨਾਂ

ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ?

ਨਹੀਂ ਹਾਂ

**ਸਵੈ**

ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:

(ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਸਥਿਤੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਅਖਤਿਆਰੀ ਹੈ)

ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

U.S. ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ U.S. ਵਸਨੀਕ

U.S. ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ

ਹੋਰ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN):

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ:

ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ-ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਕਿਸਮ:

"A" ਨੰਬਰ:

ਰਸੀਦ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨੰਬਰ:

ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ:

ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਦੇਸ਼:

ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

**ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਲਈ ਸੰਭਾਵਿਤ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ (ਇੱਕ ਚੁਣੋ)**

ਸਿੰਗਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨੇ

ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ

ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੁਖੀ

ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਨਹੀਂ

ਆਸਰਿਤ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਯੋਗ ਵਿਧਵਾ (ਵਿਧੁਰ)

ਵਿਅਕਤੀ ਨਾ ਤਾਂ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ ਨਾ ਹੀ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਸੀ

ਵਿਆਹੁਤਾ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ

ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਾਂਝੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ:

ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਮੁੱਖ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਉਹੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ, ਜੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦਾ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ: **(ਇਸ ਸੁਆਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦਾ ਔਪਲ ਰੈਲਥ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਦੇ 11/01 ਅਤੇ 12/31 ਵਿਚਕਾਰ ਇਹ ਅਰਜੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਮੀਦ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਉਸੀ ਟੈਕਸ ਸਥਿਤੀ ਨਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਾਲ ਭਰਿਆ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

**ਬੰਸ (ਅਖਤਿਆਰੀ - ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)**

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ

ਫਿਲੀਪੀਨੋ

ਲਾਓਸੀਅਨ

ਵੀਅਤਨਾਮੀ

ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ

ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ

ਹੋਰ ਏਸ਼ੀਆਈ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ

ਗੋਰੇ

ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕਨ

ਹਵਾਈਅਨ

ਹੋਰ ਬੰਸ

ਕੰਬੋਡੀਅਨ

ਜਪਾਨੀ

ਸਮੇਅਨ

ਚੀਨੀ

ਕੋਰੀਅਨ

ਥਾਈ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟੀਨੋ ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ?

ਕਿਉਂਕਿ

ਮੈਕਸੀਕਨ/ਮੈਕਸੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ/ਚਿਕੈਨੋ

ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਨਹੀਂ

ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ

ਪਿਉਰਤੇ ਰਿਕਨ

**ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ** - ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਨਿਰਪੱਖਤਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਰੱਥਾ ਵਿੱਚ ਅੜਿੱਕਾ ਨਹੀਂ ਬਣੇਗੀ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਪਹਿਲਾਂ ਨਾਂ \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ ਅੰਤਮ ਨਾਂ \_\_\_\_\_ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ) \_\_\_\_\_

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਜਨਮ-ਸਮੇਂ ਸਿੱਥਿਆ ਗਿਆ ਲਿੰਗ ਮਰਦ ਔਰਤ

ਤੁਹਾਡਾ ਰਿਸ਼ਤਾ (ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ, ਬਿਨਾ ਵਿਆਹ ਕੀਤਿਆਂ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਵਾਂਗ ਰਹਿਣਾ, ਪਾਰਟਨਰ)

(ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਸਥਿਤੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਅਖਤਿਆਰੀ ਹੈ)

ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

U.S. ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ U.S. ਵਸਨੀਕ U.S. ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੋਰ

### ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ(SSN):

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ:

ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ-ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਕਿਸਮ:

"A" ਨੰਬਰ:

ਰਸੀਦ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨੰਬਰ:

ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ:

ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਦੇਸ਼:

ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ )

### ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਲਈ ਸੰਭਾਵਿਤ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ (ਇੱਕ ਚੁਣੋ)

ਸਿੰਗਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨੇ

ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ

ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੁਖੀ

ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਨਹੀਂ

ਆਸਰਿਤ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਯੋਗ ਵਿਧਵਾ (ਵਿਧੁਰ)

ਵਿਅਕਤੀ ਨਾ ਤਾਂ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ ਨਾ ਹੀ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਸੀ

ਵਿਆਹੁਤਾ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ

ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਾਂਝੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ:

ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਮੁੱਖ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਉਹੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ, ਜੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਸੀ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਲਿਖੋ:

(ਇਸ ਸੁਆਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦਾ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਦੇ 11/01 ਅਤੇ 12/31 ਵਿਚਕਾਰ ਇਹ ਅਰਜੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਮੀਦ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਉਸੀ ਟੈਕਸ ਸਥਿਤੀ ਨਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ

ਇਸ ਸਾਲ ਭਰਿਆ ਹੈ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

**ਬੰਸ (ਅਖਤਿਆਰੀ - ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)**

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ	ਫਿਲੀਪੀਨੋ	ਲਾਓਸੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਏਸ਼ੀਆਈ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਗੋਰੇ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਬੰਸ	
ਕੰਬੋਡੀਅਨ	ਜਪਾਨੀ	ਸਮੇਅਨ	
ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ	

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟੀਨੋ ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ?

ਕਿਊਬਨ	ਮੈਕਸੀਕਨ/ਮੈਕਸੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ/ਚਿਕੈਨੋ	ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਨਹੀਂ
ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ	ਪਿਉਰਤੋ ਰਿਕਨ	

**ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ** – ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਨਿਰਪੱਖਤਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਰੱਥਾ ਵਿੱਚ ਅੜਿੱਕਾ ਨਹੀਂ ਬਣੇਗੀ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

**8 ਬੱਚਿਆਂ/ਟੈਕਸ ਆਸਰਿਤਾਂ/ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ #1**

ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ ਆਖਰੀ ਨਾਂ \_\_\_\_\_ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਜਨਮ-ਸਮੇਂ ਮਿੱਥਿਆ ਗਿਆ ਲਿੰਗ ਮਰਦ ਔਰਤ

ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ ਬੱਚਾ, ਪੇਤਾ/ਪੇਤੀ, ਦੋਹਤਾ/ਦੋਹਤੀ, ਭਾਣਜਾ/ਭਤੀਜਾ, ਭਾਣਜੀ /ਭਤੀਜੀ/ਭਤੀਜੀ/ਭੈਣ/ਭਰਾ)

**(ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਸਥਿਤੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਅਖਤਿਆਰੀ ਹੈ)**

ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

U.S. ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ U.S. ਵਸਨੀਕ U.S. ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੋਰ

**ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN):**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ:

ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਕਿਸਮ: \_\_\_\_\_ "A" ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_ ਰਸੀਦ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਦੇਸ਼: \_\_\_\_\_

ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ) \_\_\_\_\_ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

**ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਲਈ ਸੰਭਾਵਿਤ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ (ਇੱਕ ਚੁਣੋ)**

- ਸਿੰਗਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨੇ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ
- ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੁਖੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਨਹੀਂ
- ਆਸਰਿਤ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਯੋਗ ਵਿਧਵਾ (ਵਿਧੁਰ) ਵਿਅਕਤੀ ਨਾ ਤਾਂ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ ਨਾ ਹੀ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਸੀ
- ਵਿਆਹੁਤਾ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ
- ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਾਂਝੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ:

ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਮੁੱਖ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਉਹੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ, ਜੋ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਸੀ? ਨਹੀਂ  ਹਾਂ

ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਲਿਖੋ: **(ਇਸ ਸੁਆਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦਾ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਦੇ 11/01 ਅਤੇ 12/31 ਵਿਚਕਾਰ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਮੀਦ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਉਸੀ ਟੈਕਸ ਸਥਿਤੀ ਨਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਾਲ ਭਰਿਆ ਹੈ? ਨਹੀਂ  ਹਾਂ

**ਬੰਸ (ਅਖਤਿਆਰੀ - ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)**

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ	ਫਿਲੀਪੀਨੋ	ਲਾਓਸੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਏਸ਼ੀਆਈ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਗੋਰੇ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਬੰਸ	
ਕੰਬੋਡੀਅਨ	ਜਪਾਨੀ	ਸਮੋਅਨ	
ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ	

**ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟੀਨੋ ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ?**

ਕਿਉਂਕਿ  ਮੈਕਸੀਕਨ/ਮੈਕਸੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ/ਚਿਕੈਨੋ  ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਨਹੀਂ

ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ  ਪਿਉਰਤੇ ਰਿਕਨ

**ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ?**— ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਨਿਰਪੱਖਤਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਰੱਥਾ ਵਿੱਚ ਅੜਿੱਕਾ ਨਹੀਂ ਬਣੇਗੀ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ ਹੋ? ਨਹੀਂ  ਹਾਂ

**8 ਬੱਚਿਆਂ/ਟੈਕਸ ਆਸਰਿਤਾਂ/ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦਾ ਨਾਂ ਲਿਖੋ #2**

ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ ਆਖਰੀ ਨਾਂ \_\_\_\_\_ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ) \_\_\_\_\_

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਨਹੀਂ  ਹਾਂ  ਜਨਮ-ਸਮੇਂ ਮਿੱਥਿਆ ਗਿਆ ਲਿੰਗ \_\_\_\_\_ ਮਰਦ  ਔਰਤ

ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ ਬੱਚਾ, ਪੋਤਾ/ਪੋਤੀ, ਦੋਹਤਾ/ਦੋਹਤੀ, ਭਾਣਜਾ/ਭਤੀਜਾ, ਭਾਣਜੀ/ਭਤੀਜੀ/ਭਤੀਜੀ/ਭੈਣ/ਭਰਾ)

(ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਸਥਿਤੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਅਖਤਿਆਰੀ ਹੈ)

ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

U.S. ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ U.S. ਵਸਨੀਕ

U.S. ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ

ਹੋਰ

**ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN):**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ:

ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ-ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਕਿਸਮ:

"A" ਨੰਬਰ:

ਰਸੀਦ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਹੋਰਨੰਬਰ:

ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ:

ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਦੇਸ਼:

ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

**ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਲਈ ਸੰਭਾਵਿਤ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ (ਇੱਕ ਚੁਣੋ)**

ਸਿੰਗਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨੇ

ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ

ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੁਖੀ

ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ

ਆਸਰਿਤ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਯੋਗ ਵਿਧਵਾ (ਵਿਧੁਰ)

ਵਿਅਕਤੀ ਨਾ ਤਾਂ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ ਨਾ ਹੀ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਸੀ

ਵਿਆਹੁਤਾ ਵੱਖਰੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ

ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਾਂਝੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ:

ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਮੁੱਖ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਉਹੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ, ਜੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਸੀ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਲਿਖੋ:

(ਇਸ ਸੁਆਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦਾ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਦੇ 11/01 ਅਤੇ 12/31 ਵਿਚਕਾਰ ਇਹ ਅਰਜੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਮੀਦ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਉਸੀ ਟੈਕਸ ਸਥਿਤੀ ਨਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਾਲ ਭਰਿਆ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

**ਬੰਸ (ਅਖਤਿਆਰੀ - ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)**

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ

ਫਿਲੀਪੀਨੋ

ਲਾਓਸੀਅਨ

ਵੀਅਤਨਾਮੀ

ਏਸ਼ਿਆਈ ਭਾਰਤੀ

ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ

ਹੋਰ ਏਸ਼ਿਆਈ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ

ਗੋਰੇ

ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕਨ

ਹਵਾਈਅਨ

ਹੋਰ ਬੰਸ

ਕੰਬੋਡੀਅਨ

ਜਪਾਨੀ

ਸਮੋਅਨ

ਚੀਨੀ

ਕੋਰੀਅਨ

ਥਾਈ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟੀਨੋ ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ?

ਕਿਉਂਕਿ

ਮੈਕਸੀਕਨ/ਮੈਕਸੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ/ਚਿਕੈਨੋ

ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਨਹੀਂ

ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ

ਪਿਉਰਤੇ ਰਿਕਨ

**ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ** – ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਨਿਰਪੱਖਤਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਰੱਥਾ ਵਿੱਚ ਅੜਿੱਕਾ ਨਹੀਂ ਬਣੇਗੀ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

8

### ਬੱਚਿਆਂ/ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ/ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹੋਰ ਮੈਂਬਰ #3

ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ

M.I.

ਆਖਰੀ ਨਾਂ

ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

ਜਨਮ-ਸਮੇਂ ਮਿੱਥਿਆ ਗਿਆ ਲਿੰਗ

ਮਰਦ

ਔਰਤ

ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ ਬੱਚਾ, ਪੋਤਾ/ਪੋਤੀ, ਦੋਹਤਾ/ਦੋਹਤੀ, ਭਾਣਜਾ/ਭਤੀਜਾ, ਭਾਣਜੀ/ਭਤੀਜੀ/ਭਤੀਜੀ, ਭੈਣ/ਭਰਾ)

**(ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ, ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਸਥਿਤੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ ਅਖਤਿਆਰੀ ਹੈ)**

ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

U.S. ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ U.S. ਵਸਨੀਕ

U.S. ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ

ਹੋਰ

#### ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN):

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ:

ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ-ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਕਿਸਮ:

"A" ਨੰਬਰ:

ਰਸੀਦ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਹੋਰਨੰਬਰ:

ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ:

ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਦੇਸ਼:

ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ)

#### ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਲਈ ਸੰਭਾਵਿਤ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ (ਇੱਕ ਚੁਣੋ)

ਸਿੰਗਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨੇ

ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ

ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੁਖੀ

ਅਰਜੀ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਦਾ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ

ਆਸਰਿਤ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਯੋਗ ਵਿਧਵਾ (ਵਿਧੁਰ)

ਵਿਅਕਤੀ ਨਾ ਤਾਂ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ ਨਾ ਹੀ ਟੈਕਸ ਆਸਰਿਤ ਸੀ

ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਾਂਝੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ

ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਾਂਝੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਟੈਕਸ ਭਰਦਾ ਹੈ:

ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਮੁੱਖ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਉਹੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ, ਜੋ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਸੀ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ



ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੱਸੋ:

(ਇਸ ਸੁਆਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦਾ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਕੈਲੰਡਰ ਸਾਲ ਦੇ 11/01 ਅਤੇ 12/31 ਵਿਚਕਾਰ ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਮੀਦ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਅਗਲੇ ਸਾਲ ਉਸੀ ਟੈਕਸ ਸਥਿਤੀ ਨਾਲ ਟੈਕਸ ਭਰਨਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਾਲ ਭਰਿਆ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

**ਬੰਸ (ਅਮਰੀਕੀ - ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)**

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ	ਫਿਲੀਪੀਨੋ	ਲਾਓਸੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ਿਆਈ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਏਸ਼ਿਆਈ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਗੋਰੇ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕਨ	ਹਵਾਈਅਨ	ਹੋਰ ਬੰਸ	
ਕੰਬੋਡੀਅਨ	ਜਪਾਨੀ	ਸਮੇਅਨ	
ਚੀਨੀ	ਕੋਰੀਅਨ	ਥਾਈ	

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹਿਸਪੈਨਿਕ, ਲੈਟੀਨੋ ਜਾਂ ਸਪੈਨਿਸ਼ ਮੂਲ ਦੇ ਹੋ?

ਕਿਉਬਨ	ਮੈਕਸੀਕਨ/ਮੈਕਸੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ/ਚਿਕੈਨੋ	ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਨਹੀਂ
ਹੋਰ ਸਪੈਨਿਸ਼/ਹਿਸਪੈਨਿਕ	ਪਿਉਰਤੋ ਰਿਕਨ	

**ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਿਉਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ** - ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਹਤ-ਨਿਰਪੱਖਤਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮਰੱਥਾ ਵਿੱਚ ਅਤਿੱਕਾ ਨਹੀਂ ਬਣੇਗੀ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

**ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ, ਇਸ ਨਾਲ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਲੀ ਸ਼ੀਟ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।**

**9 ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ**

**ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਅਤੇ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ**

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਅਤੇ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ, ਖਾਸ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ ਸੁਰੱਖਿਆਵਾਂ ਲਈ ਅਤੇ ਵਾੱਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਂਡਰ ਰਾਹੀਂ ਖਾਸ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਜਿਸ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਉਹ ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦਾ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਵਾਸਤੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਚਾਰਟ ਪੂਰਾ ਭਰੋ।

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਂ
ਫੈਡਰਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਣਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਕਬੀਲੇ, ਬੈਂਡ, ਪੂਬਲੇ ਜਾਂ ਰੈੱਚੇਰੀਆ ਦਾ ਮੈਂਬਰ;	
ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ਦਾ ਇਲਾਕਾਈ ਜਾਂ ਵਿਲੇਜ ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸੇਦਾਰ	ਨਹੀਂ ਹਾਂ
ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਂ
ਫੈਡਰਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਣਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਕਬੀਲੇ, ਬੈਂਡ, ਪੂਬਲੇ ਜਾਂ ਰੈੱਚੇਰੀਆ ਦਾ ਮੈਂਬਰ;	

ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ਦਾ ਇਲਾਕਾਈ ਜਾਂ ਵਿਲੇਜ ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸੇਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਂ

ਫੈਡਰਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਣਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਕਬੀਲੇ, ਬੈਂਡ, ਪੂਬਲੇ ਜਾਂ ਰੈਂਚੇਰੀਆ ਦਾ ਮੈਂਬਰ;

ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ਦਾ ਇਲਾਕਾਈ ਜਾਂ ਵਿਲੇਜ ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸੇਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਕਬੀਲੇ ਦਾ ਨਾਂ

ਫੈਡਰਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਣਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਕਬੀਲੇ, ਬੈਂਡ, ਪੂਬਲੇ ਜਾਂ ਰੈਂਚੇਰੀਆ ਦਾ ਮੈਂਬਰ;

ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ਦਾ ਇਲਾਕਾਈ ਜਾਂ ਵਿਲੇਜ ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸੇਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹਾਂ

### ਰਿਹਾਇਸ਼

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦਾ ਵਸਨੀਕ ਉਹ ਸ਼ਖਸ ਹੈ, ਜੋ ਇਸ ਸਮੇਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਉਸਦਾ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦਾ ਇਰਾਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾ ਪੱਕੇ ਪਤੇ ਦੇ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ; ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸ਼ਖਸ, ਜੋ ਨੈਕਰੀ ਦੇ ਵਾਅਦੇ ਜਾਂ ਨੈਕਰੀ ਦੀ ਭਾਲ ਵਿੱਚ ਸਟੇਟ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦਾ ਹੈ।

ਕੀ ਹਰ ਸ਼ਖਸ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਰਿਹਾਇਸ਼ ਲਈ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ, ਜੋ ਵਸਨੀਕ ਕੋਣ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਲਿਖੋ:

### ਤਮਾਖੂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ

ਕੀ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਂਬਰ ਨੇ ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤਮਾਖੂ ਦੇ ਉਤਪਾਦਾਂ ਦੀ ਨੇਮ ਨਾਲ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਹੈ ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ:

(ਇਸ ਸੁਆਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦਾ ਐਂਪਲ ਰੇਲਥ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)

### ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪੰਗ) ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਬਾਲਗ

ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪੰਗ) ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਬਾਲਗ, ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ, ਜੋ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਕਰਕੇ ਨੈਕਰੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਅਤੇ ਮਦਦ ਲਈ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ 'ਤੇ ਆਸਰਿਤ ਹੈ।

ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਬਾਲਗ ਹੈ, ਜੋ 26 ਜਾਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦਾ ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪੰਗ) ਆਸਰਿਤ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ:

(ਇਸ ਸੁਆਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦਾ ਐਂਪਲ ਰੇਲਥ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)

## ਜੇਲ੍ਹ ਅਤੇ ਕੈਦ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸ਼ਖਸ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਜੇਲ੍ਹ ਜਾਂ ਕੈਦ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ:

2. ਕੀ ਲੱਗੇ ਹੋਏ ਇਲਜ਼ਾਮਾਂ ਦਾ ਅਜੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਹੋਣਾ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ
3. ਕੀ ਰਿਹਾ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

## ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ

ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਜੇ ਵੋਟ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨਹੀਂ ਹੋਈ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ "ਹਾਂ" ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਜਾਏਗੀ।

ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਜਾਂ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਾਉਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਮਦਦ ਦੀ ਰਕਮ ਜਾਂ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਕੋਈ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਦੀ ਟੇਲ-ਫ੍ਰੀ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਹਾਟਲਾਈਨ 1-800-448-4881 'ਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮਦਦ ਲੈਣ ਜਾਂ ਪ੍ਰਵਾਣ ਕਰਨ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਤੁਹਾਡਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਗੁਪਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵੀ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਨੇ ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ ਜਾਂ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਜਾਂ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਰਾਜ਼ਦਾਰੀ ਦੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ ਵਿੱਚ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਦੀ ਚੋਣ ਡਿਵੀਜ਼ਨ Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504 ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, [elections@sos.wa.gov](mailto:elections@sos.wa.gov) 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਜਾਂ 1-800-448-4881 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

## ਢੁਕਵੇਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਪਾਉਣ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਦਸਤਖ਼ਤ

ਚੁਕੇ: ਤੁਸੀਂ ਮੁਫ਼ਤ ਜਾਂ ਘੱਟ-ਲਾਗਤ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ (ਗੱਲਬਾਤ) ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਅਤੇ ਢੁਕਵੇਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ (QHP) ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ, ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਪੂਰੀ ਲਾਗਤ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਦਾ ਹਿੱਸਾ 2 ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਮੈਂ ਪਤਾ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਮੇਰੇ ਹੱਕਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਬਾਰੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨ ਡਾਈਵੀਜ਼ਨ ਵਲੋਂ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਹੋਰ ਫ਼ੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।

ਦਸਤਖ਼ਤ

ਤਾਰੀਖ਼

ਜਾਰੀ: ਆਪਣਾ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ (Medicaid) ਜਾਂ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦਾ ਹਿੱਸਾ 2 ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

# ਹਿੱਸਾ 2

1

## ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਵਾੱਸ਼ਿਗਟਨ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ (Medicaid ਜਾਂ CHIP) ਤੋਂ ਛੁੱਟ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ?

(ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਜਾਂ ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਬੀਮਾ, ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ, ਸੀਮਤ ਲਾਭ ਬੀਮਾ, Medicare, ਵੈਟਰਨ ਪੀਸ ਕੋਰ (Peace Corps), Tri-Care ਅਤੇ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ) ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠਲੇ ਚਾਰਟ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ। ਜੇ ਇੱਕ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦਾ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਕਾਰਜ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਜਾਂ ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ:

ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ:

ਗਰੁਪ ਨੰਬਰ:

ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ/ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਦਾ ਨਾਂ:

ਪਾਲਿਸੀ ਧਾਰਕ ਦੀ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ:

ਇਸ ਪਲਾਨ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ:

ਇਸ ਪਲਾਨ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ:

ਇਸ ਪਲਾਨ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ:

ਇਸ ਪਲਾਨ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ:

ਇਸ ਪਲਾਨ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ:

ਇਸ ਪਲਾਨ ਹੇਠ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ:

2

## ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬੱਚੇ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਸੁਆਲ ਛੱਡੋ ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਸੈਕਸ਼ਨ (ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ) 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਆਉਂਦੇ ਹਨ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ:

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਚਾਰ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਆਪਣੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਛੱਡ ਦਿੱਤੀ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ ਕਦੋਂ ਖਤਮ ਹੋਈ ਸੀ?

3

## ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਉਸ ਨੂੰ ਮੌਜੂਦਾ ਮਹੀਨੇ ਤੋਂ ਬਿਲਕੁਲ ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ 3 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵਿੱਚ ਵੀ ਲਈਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ:

ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਮੈਂਬਰ ਸੀਮਤ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ।

ਤੁਸੀਂ ਜਿਹੜੇ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਉਹਨਾਂ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਬਾਕਸਾਂ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ ਅਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਥਾਂ ਵਿੱਚ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ:

ਇਸ ਮਹੀਨੇ ਜਾਂ ਪਿਛਲੇ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਕਿਸੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ ਲਈ ਇਲਾਜ ਕਰਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ:

ਕੋਣ: \_\_\_\_\_

ਡਾਇਲਿਸਿਸ ਜਾਂ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ: ਕੋਣ: \_\_\_\_\_

ਅੰਗ ਬਦਲਵਾਉਣ ਕਰਕੇ ਐਂਟੀ-ਰਿਜੈਕਸ਼ਨ ਦਵਾਈ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ: ਕੋਣ: \_\_\_\_\_

ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ, ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਲੇ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਜਾਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ: ਕੋਣ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਗਰਭਵਤੀ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ (ਜੇ ਇੱਕ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਪੂਰੀ ਹੋ ਗਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਦੂਜੀ ਲਾਈਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।) ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ

ਨਾਂ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_

ਬੱਚਾ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

ਨਾਂ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_

ਬੱਚਾ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜੀਅ ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬੱਚਾ ਠਹਿਰਿਆ ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

(ਜੇ ਇੱਕ ਨਾਲੋਂ ਵੱਧ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਪੂਰੀ ਹੋ ਗਈ ਸੀ, ਤਾਂ ਦੂਜੀ ਲਾਈਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।) ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ

ਨਾਂ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_

ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਪੂਰੀ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਨਾਂ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_

ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਪੂਰੀ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਇਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਸਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸੇਧੀ ਹੋਈ ਤਰਤੀਬ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਖਾਲਸ ਆਮਦਨ (MAGI) ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ। MAGI ਆਮਦਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਹ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਤੁਸੀਂ, ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਜਿਸ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਿੰਨਾ ਸੰਭਵ ਹੋ ਸਕੇ, ਸੁਆਲਾਂ ਦੇ ਸਟੀਕ ਜਵਾਬ ਦਿਓ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਆਮਦਨ ਦੀ ਕਿਸਮ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ, ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਾਬਾਲਗ਼, ਭਾਵੇਂ ਉਮਰ ਕੁਝ ਵੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤਾਂ ਲਈ ਮੌਜੂਦਾ ਖਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਏਗੀ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਨਾਬਾਲਗ਼ ਜਾਂ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਨੂੰ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪਏਗੀ। ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਕਿਵੇਂ ਦੱਸਿਆ ਜਾਏ, ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, [wahbexchange.org/how-to-report-income](http://wahbexchange.org/how-to-report-income) 'ਤੇ ਜਾਓ

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ/ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀਆਂ (AI/AN) ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀ AI/AN ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦੱਸਣਾ ਪੈਂਦਾ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਅੰਦਰੂਨੀ ਮਾਲੀ ਸੇਵਾ (Internal Revenue Service) ਦੀ ਟੈਕਸ ਲੱਗਣ ਵਾਲੀ ਖਾਲਸ ਆਮਦਨ ਤੋਂ AI/AN ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਰਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਅਲਾਵਾ, AI/AN ਨੂੰ WAC 182-509-0340 ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਵਾੱਸਿਗਟਨ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ (Medicaid) ਲਈ ਆਮਦਨ ਦੀਆਂ ਕਈ ਕਿਸਮਾਂ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦੱਸਣਾ ਪੈਂਦਾ।

**ਨੋਕਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਇਸ ਸਮੇਂ ਨੋਕਰੀਸ਼ੁਦਾ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਨੋਕਰੀਸ਼ੁਦਾ ਵਿਅਕਤੀ, ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਦੀਆਂ **ਮੌਜੂਦਾ** ਉਜਰਤਾਂ, ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ ਜਾਂ ਟਿਪ ਵਜੋਂ ਆਮਦਨ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਿਲੀ ਖਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ।

ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਆਮਦਨ ਨਾ ਭਰੋ। ਜੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚਲੀ ਤਬਦੀਲੀ ਬਾਰੇ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਕੇਤ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਦੀ ਐਸਤ ਦੇਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। WAC 182-509-0310 ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਸੁਝਾਈ ਗਈ ਸਮੇਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਵਿੱਚ ਐਸਤ ਆਮਦਨ ਰਾਹੀਂ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾਓ।

ਨੋਕਰੀਸ਼ੁਦਾ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

\$:

ਖਾਲਸ (ਟੈਕਸ ਲਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਉਜਰਤਾਂ, ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ, ਟਿਪਸ, ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ, S- ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ)

ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੇ ਗਏ ਬੀਮੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

\$:

ਇਸ ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਸਿਹਤ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੋਠ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਤਜਵੀਜ਼ਸ਼ੁਦਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਕਿੰਨਾ ਹੈ?

\$:

ਇਸ ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੋਠ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਕਿੰਨੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ?\*

ਨੋਕਰੀਸ਼ੁਦਾ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

\$:

ਖਾਲਸ (ਟੈਕਸ ਲਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਉਜਰਤਾਂ, ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ, ਟਿਪਸ, ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ, S- ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ)

ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੇ ਗਏ ਬੀਮੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

§: \_\_\_\_\_  
ਇਸ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਤਜਵੀਜ਼ਸ਼ੁਦਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਕਿੰਨਾ ਹੈ?

§: \_\_\_\_\_  
ਇਸ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਕਿੰਨੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ?\*

ਨੌਕਰੀਸ਼ੁਦਾ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

§: \_\_\_\_\_  
ਖ਼ਾਲਸ (ਟੈਕਸ ਲਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਉਜਰਤਾਂ, ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ, ਟਿਪਸ, ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ, S- ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ)

ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਬੀਮੇ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੇ ਗਏ ਬੀਮੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

§: \_\_\_\_\_  
ਇਸ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਤਜਵੀਜ਼ਸ਼ੁਦਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਕਿੰਨਾ ਹੈ?

§: \_\_\_\_\_  
ਇਸ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਕਿੰਨੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ?\*

**\*ਇਹ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਓ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਦੂਜਿਆਂ ਲਈ ਨੌਕਰੀਦਾਤਾ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਪ੍ਰਵਾਣ ਕਰਨ ਦਾ ਪਲਾਨ ਨਹੀਂ ਬਣਾ ਰਹੇ। ਇਹਨਾਂ ਸੁਆਲਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਤੁਹਾਡੀ ਐੱਪਲ ਰੈਲਥ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਾਉਂਦੇ।**

**ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਆਮਦਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਮੌਜੂਦਾ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ (ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁਨਾਫ਼ਾ) ਭਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਵਾਣਯੋਗ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਲਈ ਪੰਨਾ ਵੇਖੋ ॥ ਵੇਖੋ।

ਜੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚਲੀ ਤਬਦੀਲੀ ਬਾਰੇ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਕੇਤ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਦੀ ਔਸਤ ਦੇਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। WAC 182-509-0370 ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਸੁਝਾਈ ਗਈ ਸਮੇਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਵਿੱਚ ਔਸਤ ਆਮਦਨ ਰਾਹੀਂ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾਓ।

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ)

ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਨਾ ਭਰੋ ਜਾਂ S-ਆਮਦਨ ਇੱਥੇ ਭਰੋ)

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ)

ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਨਾ ਭਰੋ ਜਾਂ S-ਆਮਦਨ ਇੱਥੇ ਭਰੋ)

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ)

ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਨਾ ਭਰੋ ਜਾਂ S-ਆਮਦਨ ਇੱਥੇ ਭਰੋ)

**ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਆਮਦਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਆਮਦਨ ਲੈਣ ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ, ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ ਰਹਿ ਗਏ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਆਮਦਨ ਭਰੋ। ਪੂਰਕ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਦੀ ਆਮਦਨ (SSI) ਬਾਰੇ ਰਿਪੋਰਟ ਨਾ ਕਰੋ।

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (SSI ਨਹੀਂ) ਖ਼ਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (SSI ਨਹੀਂ) ਖ਼ਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (SSI ਨਹੀਂ) ਖ਼ਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

**ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਆਮਦਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਕਿਰਾਏਦਾਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਾਏ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਰਿਅਲ ਐਸਟੇਟ ਜਾਂ ਨਿਜੀ ਜਾਇਦਾਦ ਤੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ ਭਰੋ। ਪ੍ਰਵਾਣਯੋਗ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ ਭਰੋ।

ਕਿਰਾਏਦਾਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ) ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

ਕਿਰਾਏਦਾਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ) ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

ਕਿਰਾਏਦਾਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ) ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ, ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨਾਬਾਲਗ਼, ਭਾਵੇਂ ਉਮਰ ਕੁਝ ਵੀ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤਾਂ ਲਈ ਮੌਜੂਦਾ ਖ਼ਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਪਏਗੀ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਨਾਬਾਲਗ਼ ਜਾਂ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਨੂੰ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪਏਗੀ। ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਕਿਵੇਂ ਦੱਸਿਆ ਜਾਏ, ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, [wahbexchange.org/how-to-report-income](http://wahbexchange.org/how-to-report-income) 'ਤੇ ਜਾਓ।

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ/ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀਆਂ (AI/AN) ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀ AI/AN ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦੱਸਣਾ ਪੈਂਦਾ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਅੰਦਰੂਨੀ ਮਾਲੀ ਸੇਵਾ (Internal Revenue Service) ਦੀ ਟੈਕਸ ਲੱਗਣ ਵਾਲੀ ਖ਼ਾਲਸ ਆਮਦਨ ਤੋਂ AI/AN ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਰਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਅਲਾਵਾ, AI/ANs ਨੂੰ WAC 182-509-0340 ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਂਪਲ ਹੈਲਥ (Medicaid) ਲਈ ਆਮਦਨ ਦੀਆਂ ਕਈ ਕਿਸਮਾਂ ਲਈ ਆਮਦਨ ਦੀਆਂ ਕਈ ਕਿਸਮਾਂ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦੱਸਣਾ ਪੈਂਦਾ।

**ਨੋਕਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਇਸ ਸਮੇਂ ਨੋਕਰੀਸ਼ੁਦਾ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਨੋਕਰੀਸ਼ੁਦਾ ਵਿਅਕਤੀ, ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਦੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਉਜਰਤਾਂ, ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ ਜਾਂ ਟਿਪ ਵਜੋਂ ਆਮਦਨ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਿਲੀ ਖ਼ਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਰਕਮ।

ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਆਮਦਨ ਨਾ ਭਰੋ। ਜੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚਲੀ ਤਬਦੀਲੀ ਬਾਰੇ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਕੇਤ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਦੀ ਔਸਤ ਦੇਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

WAC 182-509-0310 ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਸੁਝਾਈ ਗਈ ਸਮੇਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਵਿੱਚ ਔਸਤ ਆਮਦਨ ਰਾਹੀਂ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾਓ।

ਨੋਕਰੀਸ਼ੁਦਾ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੋਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ ਸ਼ਹਿਰ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਖ਼ਾਲਸ (ਟੈਕਸ ਲਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਉਜਰਤਾਂ, ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ, ਟਿਪਸ, ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ, S- ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ)



ਨੈਕਰੀਸ਼ੁਦਾ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਖ਼ਾਲਸ (ਟੈਕਸ ਲਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਉਜਰਤਾਂ, ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ, ਟਿਪਸ, ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ, S- ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ)

ਨੈਕਰੀਸ਼ੁਦਾ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਪਤਾ

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਖ਼ਾਲਸ (ਟੈਕਸ ਲਏ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਉਜਰਤਾਂ, ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ, ਟਿਪਸ, ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ, S- ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ)

**ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਆਮਦਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਮੌਜੂਦਾ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਨ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ (ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁਨਾਫ਼ਾ) ਭਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਵਾਣਯੋਗ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਲਈ ਪੰਨਾ II ਵੇਖੋ। ਜੇ ਭਵਿੱਖ ਵਿਚਲੀ ਤਬਦੀਲੀ ਬਾਰੇ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਕੇਤ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਦੀ ਐਂਸਤ ਦੇਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। WAC 182-509-0370 ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਸੁਝਾਈ ਗਈ ਸਮੇਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਵਿੱਚ ਐਂਸਤ ਆਮਦਨ ਰਾਹੀਂ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾਓ।

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ)

ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਨਾ ਭਰੋ ਜਾਂ S-ਆਮਦਨ ਇੱਥੇ ਭਰੋ)

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ)

ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਨਾ ਭਰੋ ਜਾਂ S-ਆਮਦਨ ਇੱਥੇ ਭਰੋ)

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ)

ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਕਾਰਪੋਰੇਸ਼ਨ ਨਾ ਭਰੋ ਜਾਂ S-ਆਮਦਨ ਇੱਥੇ ਭਰੋ)

**ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਆਮਦਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਆਮਦਨ ਲੈਣ ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ, ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਜਾਂ ਪਿੱਛੇ ਰਹਿ ਗਏ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਲਾਭ ਲਈ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਤੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਆਮਦਨ ਭਰੋ। ਪੂਰਕ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਦੀ ਆਮਦਨ (SSI) ਬਾਰੇ ਰਿਪੋਰਟ ਨਾ ਕਰੋ।

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (SSI ਨਹੀਂ)

ਖ਼ਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (SSI ਨਹੀਂ)

ਖ਼ਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (SSI ਨਹੀਂ)

ਖ਼ਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

**ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਕਿਰਾਏਦਾਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਾਏ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਰਿਅਲ ਐਸਟੇਟ ਜਾਂ ਨਿਜੀ ਜਾਇਦਾਦ ਤੋਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ ਭਰੋ। ਪ੍ਰਵਾਣਯੋਗ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਖ਼ਰਚਿਆਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ ਭਰੋ।

ਕਿਰਾਏਦਾਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ)	ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ
ਕਿਰਾਏਦਾਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ)	ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ
ਕਿਰਾਏਦਾਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ	ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਕੋਈ ਹੈ)	ਕੁੱਲ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

**7 ਹੋਰ ਆਮਦਨ**

ਬਾਲ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਬਿਨਾ ਪੇਨਸ਼ਨ ਵਾਲੇ ਵੈਟਰਨਾਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ। ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ ਅਤੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ ਕਿ ਇਹ ਕਿਸ ਨੂੰ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਕਿੰਨੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਇਹ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ।

ਗੁਜ਼ਾਰਾ-ਭੱਤਾ/ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਦੀ ਮਦਦ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਸਲਾਨਾ ਰਕਮ ਜਾਂ ਪੇਨਸ਼ਨ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਪੂੰਜੀਗਤ ਲਾਭ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਲਾਭ-ਅੰਸ਼, ਸਟਾਕ ਜਾਂ ਸ਼ੇਅਰ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਖੇਤੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਆਮਦਨ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਟ੍ਰਸਟ ਤੋਂ ਆਮਦਨ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਵਿਆਜੀ ਆਮਦਨ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
IRA ਆਮਦਨ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਹੋਰ ਟੈਕਸਯੋਗ ਆਮਦਨ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਰੋਲਬੈਕ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਲਾਭ	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੇਵਲ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____

	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਰਾਇਲਟੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਟੈਕਸਯੋਗ ਕਬਾਇਲੀ ਆਮਦਨ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰੀ ਲਾਭ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____

ਕੀ 19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ, ਇਸ ਸਾਲ ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਭਰਨ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੀਮਾ ਪੂਰੀ ਕਰਨਗੇ?

_____	ਨਹੀਂ	ਹਾਂ
ਨਾਂ		
_____	ਨਹੀਂ	ਹਾਂ
ਨਾਂ		
_____	ਨਹੀਂ	ਹਾਂ
ਨਾਂ		

**8 ਕਟੌਤੀਆਂ**

ਇਹ ਖਰਚੇ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਦੀ ਉਸ ਰਕਮ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਮੰਨਦੇ ਹਾਂ, ਬਿਲਕੁਲ ਉਸੀ ਤਰ੍ਹਾਂ, ਜਿਵੇਂ IRS ਤੁਹਾਡੇ ਟੈਕਸਾਂ ਦੀ ਰਕਮ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਜਵਾਬ ਨਾ ਦੇਣ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਫਿਰ ਵੀ ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਘੱਟ-ਲਾਗਤ ਵਾਲੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਗੁਜ਼ਾਰਾ-ਭੱਤਾ/ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਕੁਝ ਪ੍ਰਵਾਣਯੋਗ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਖਰਚੇ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਅਧਿਆਪਕ ਦੇ ਖਰਚੇ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਸਿਹਤ ਬਚਤਾਂ ਦੇ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਸਰਕਾਰੀ ਫੰਡ ਦੀ ਇੱਕ ਥਾਂ ਤੋਂ ਦੂਜੀ ਥਾਂ ਜਾਣ ਦੀ ਲਾਗਤ			
ਇੱਕ ਥਾਂ ਤੋਂ ਦੂਜੀ ਥਾਂ ਜਾਣਾ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਬਚਤਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਢਾਉਣ 'ਤੇ ਜੁਰਮਾਨਾ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____

	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਟੈਕਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਖਾਤੇ ਦੇ ਯੋਗਦਾਨ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਪਲਾਨ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਟੈਕਸ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਕਰਜ਼ੇ 'ਤੇ ਵਿਆਜ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____

**9**

**ਪੂਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ**

**ਕੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਵੀ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?**

a. ਲੰਮੀ-ਸਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵਰਗੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਸਥਾ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ ਜਾਂ ਜਾਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_

ਸਹੂਲਤ ਦੀ ਕਿਸਮ: \_\_\_\_\_

b. ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੇਅਰ-ਗਿਵਰ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_

c. ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਲੇ ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_

d. ਵਿਕਾਸ ਸਬੰਧੀ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਰਾਹੀਂ ਸੇਵਾਵਾਂ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_

e. ਹੋਸਪਿਸ ਸੰਭਾਲ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_

f. ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਕਰਕੇ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਵਿਅਕਤੀ (ਵਿਅਕਤੀਆਂ) ਦੇ ਨਾਂ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_

**ਜੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਅਪਲਾਈ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ HCA ਫ਼ਾਰਮ 18-005 ([hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf](http://hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf)) ਭਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ:**

- ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 65 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਹੈ ਜਾਂ Medicare 'ਤੇ ਹੋ।
- ਤੁਸੀਂ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ a-f ਵਿਚਲੇ ਸੁਆਲਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦਾ ਵੀ ਜਵਾਬ ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜਵੰਦ (MN) ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪੰਗ) (HWD) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਾਲੇ ਵਰਕਰਾਂ ਲਈ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ।

**10**

### ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ

ਹੋਰ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ:

ਮੈਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਡਰ ਨੂੰ 5 ਸਾਲ ਤੱਕ ਲਈ ਸਲਾਨਾ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਵਿਆਉਣ ਵਾਲੇ ਅਮਲ ਦੌਰਾਨ ਆਪਣੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਖਤਿਆਰ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਬਦਲ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਕੇ, ਮੈਂ ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਲਾਨਾ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਵਿਆਉਣ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਜੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਨਹੀਂ            ਹਾਂ

ਮੈਂ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਮੇਰੇ ਹੱਕਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਬਾਰੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਹੱਕਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਦੀ ਕਾਪੀ ਮੈਨੂੰ ਮਿਲ ਗਈ ਹੈ।

**11**

### ਐਲਾਨਨਾਮਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ

ਆਪਣਾ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਘੱਟ ਕਰਨ ਲਈ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐੱਪਲ ਹੈਲਥ (Medicaid) ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ ਜਾਂ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ, ਹੇਠਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ।

ਮੈਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਝੂਠੀ ਗੁਆਚੀ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦਿਆਂ, ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੈਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਈ ਹੈ, ਉਹ ਮੇਰੀ ਬਿਹਤਰੀਨ ਸਮਝ ਮੁਤਾਬਿਕ ਸੱਚੀ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ