

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:

- Washington Apple Health (Medicaid) ਤੋਂ ਮੁਫਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਵਾਲੀ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ Apple Health ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਇਸ ਨੂੰ ਚਿਲਡ੍ਰਨਸ ਇੰਸਿਓਰੈਂਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (CHIP) ਵਜੋਂ ਵੀ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ
- ਟੈਕਸ ਕੈਡਿਟ, 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 ਆਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ

- ਇਸ ਵੈਬਸਾਈਟ **wahealthplanfinder.org** 'ਤੇ ਫ਼ੋਰਨ ਆਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ

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

- ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN): ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ, ਜਿਹਨਾਂ ਕੋਲ SSN (ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ SSN ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਪੈਣੀ) ਹੈ
- ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ
- ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕੋਈ ਵੀ ਮੈਂਬਰ, ਜੋ ਇਮੀਗ੍ਰੈਂਟਸ ਨਹੀਂ ਹਨ ਅਤੇ ਹੋਰ ਇਮੀਗ੍ਰੈਂਟਸ ਦੀ ਤਦਾਦ ਲਈ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਪਾਸਪੋਰਟ, "A" ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਇਮੀਗ੍ਰੈਂਟਸ ਨੰਬਰ
- ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਭਰਨ ਲਈ ਸਾਰੇ ਬਾਲਗਾਂ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਨਾਬਾਲਗਾਂ 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:

- ਆਨਲਾਈਨ: **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** 'ਤੇ ਕਸਟਮਰ ਸਹਾਇਤਾ ਲਿੰਕ ਰਾਹੀਂ ਨੈਵੀਗੇਟਰ ਜਾਂ ਬ੍ਰੈਕਰ 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

ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ: ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਲਈ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ 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।

ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ: ਤੁਹਾਡਾ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਘਟਾਉਣ ਲਈ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਂਡਰ (Washington Healthplanfinder): ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਵਿੱਚ ਲੋਕਾਂ, ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਤੁਲਨਾ ਅਤੇ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ, ਘਟਾਈ ਗਈ ਲਾਗਤ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਅਤੇ Washington Apple Health ਵਰਗੇ ਸਰਕਾਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਲਈ ਆਨਲਾਈਨ ਮਾਰਕੀਟਪਲੇਸ।

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 ਸ਼ਾਮਲ 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 ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ। ਕੁਝ ਲਾਭ ਮੁਫਤ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਬੀਮੇ ਵਾਲੇ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

Washington Apple Health: 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 Washington Apple Health 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 '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

ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਹੱਕ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿੱਚ:

- ਸੈਕਸ਼ਨ 1 ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ
- ਸੈਕਸ਼ਨ 2 ਸਿਰਫ਼ Washington Apple Health
- ਸੈਕਸ਼ਨ 3 ਸਿਰਫ਼ ਚੁਕਵਾਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ
- ਸੈਕਸ਼ਨ 4 ਸਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰਨਾ

1. ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ

Washington Health Benefit Exchange ਐਕਸਚੇਂਜ ਅਤੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ (HCA) ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਕੰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:

ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਫਾਰਮ ਪੜ੍ਹਣ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਾ। Washington Health Benefit Exchange (HBE), ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਿੰਡਰ (Washington Healthplanfinder) ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਡੈਂਟਲ ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਸੀਂ 1-855-923-4633 'ਤੇ Washington Healthplanfinder ਗਾਹਕ ਸਹਾਇਤਾ ਸੈਂਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਬਜ਼ੁਰਗ, ਨੌਜਵਾਨ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਹਜ) ਸ਼ਖ਼ਸ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ (LTSS) ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ 1-877-501-2233 'ਤੇ ਸਮਾਜਿਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ (DSHS) ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦਕ ਸੇਵਾਵਾਂ HBE, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ (HCA) ਜਾਂ DSHS ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫ਼ਤ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਦੇਰ ਕੀਤੀਆਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣੀਆਂ। ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖਣਾ, ਪਰ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html 'ਤੇ HBE ਦੀ ਰਾਜਦਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਪਾਲਿਸੀ ਪੜ੍ਹੋ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਮੌਕਾ ਦੇਣਾ ਜੇ ਤੁਸੀਂ HBE ਜਾਂ DSHS ਵਲੋਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਫੈਸਲੇ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ, LTSS, ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ, ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ-ਕ੍ਰੈਡਿਟ, ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਲਈ ਮਦਦ ਜਾਂ ਲਾਗਤ-ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਕਟੌਤੀਆਂ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ। ਅਪੀਲ ਲਈ ਕਹੋ ਜਾਣ ਤੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਦਾ ਜਾਇਜ਼ਾ ਲਿਆ ਜਾਏਗਾ। ਤੁਸੀਂ wahbexchange.org/contact-us/appeals 'ਤੇ ਜਾਕੇ ਜਾਂ 1-855-923-4633 'ਤੇ Washington Healthplanfinder ਗਾਹਕ ਸਹਾਇਤਾ ਸੈਂਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ HBE ਦੀਆਂ ਅਪੀਲਾਂ ਸਬੰਧੀ ਅਮਲ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। DSHS ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਪੀਲਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਸਤੇ 1-877-501-2233 'ਤੇ DSHS ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਹੋਮ ਅਤੇ ਭਾਈਚਾਰਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਦਫ਼ਤਰ (Home and Community Services Office) ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇ ਇਹ ਅਪੀਲ Washington Apple Health (Medicaid) ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਬਾਰੇ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕੀਤਾ ਜਾਏਗਾ।

ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਚੁਕਵਾਂ ਵਿਹਾਰ ਕਰਨਾ। ਪੱਖਪਾਤ ਕਰਨਾ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਹੈ। HBE ਅਤੇ HCA ਫੈਡਰਲ ਸਿਵਲ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਬੱਸ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਹਜ) ਜਾਂ ਸੈਕਸ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਪੱਖਪਾਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। HBE ਅਤੇ HCA ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਬੱਸ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਹਜ) ਜਾਂ ਸੈਕਸ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੀ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਵੱਖਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਾ ਵਿਹਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।

HBE ਅਤੇ HCA ਸਟੇਟ ਦੇ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਧਰਮ-ਸਿਧਾਂਤ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ-ਪ੍ਰਗਟਾਵੇ ਜਾਂ ਪਛਾਣ, ਜਿਨਸੀ ਰੁਚਾਅ, ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ, ਧਰਮ, ਸਤਿਕਾਰ ਨਾਲ ਡਿਸਚਾਰਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਬਕਾ ਫੌਜੀ ਜਾਂ ਫੌਜੀ-ਦਰਜਾ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਹਜ) ਵਿਅਕਤੀ ਵਲੋਂ ਸਿਖਲਾਈ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਡੋਗ ਗਾਈਡ ਜਾਂ ਸਰਵਿਸ ਐਨੀਮਲ ਬਾਰੇ ਪੱਖਪਾਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।

HBE ਅਤੇ HCA:

- ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪਾਹਜ) ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਣ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਅਸਰਦਾਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰ ਸਕਣ, ਜਿਵੇਂ:
 - ਸੰਕੇਤ ਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਯੋਗਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
 - ਹੋਰਨਾਂ ਰੂਪਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਵੱਡੇ ਅੱਖਰ, ਆਡੀਓ, ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾੱਰਮੈਟ, ਹੋਰ ਫਾੱਰਮੈਟ)
- ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨੀਆਂ, ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਮਾਂ-ਬੋਲੀ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ:
 - ਯੋਗਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
 - ਹੋਰਨਾਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-855-923-4633 ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ HBE ਜਾਂ HCA ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਮ ਰਹੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਪੱਖਪਾਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- **Health Care Authority Division of Legal Services**

ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
ਫ਼ੋਨ: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

- **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**

ATTN: Legal Division Equal Access/Equal
Opportunity Coordinator
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
ਫ਼ੋਨ: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

ਤੁਸੀਂ ਆਪ ਜਾਕੇ ਜਾਂ ਡਾਕ, ਫ਼ੈਕਸ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਵੇਲੇ, ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ Washington Health Benefit Exchange ਦਾ ਕਾਨੂੰਨ ਵਿਭਾਗ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ HCA ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਡਾਕ, ਈਮੇਲ, ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਅਮਰੀਕਾ ਦੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ (U.S. Department of Health and Human Services), ਸਿਵਲ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਦਫ਼ਤਰ (Office for Civil Rights) ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿਭਾਗ ਕੋਲ ਵੀ ਆਨਲਾਈਨ 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
ਫੋਨ: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
ਈਮੇਲ: ocrmail@hhs.gov
ਆਨਲਾਈਨ: ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf

hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf 'ਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ-ਫਾਰਮ ਉਪਲਬਧ ਹਨ:

ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ SSN ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਤੁਸੀਂ ਮਾਲੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ, ਨਾਗਰਿਕਤਾ, ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ-ਸਥਿਤੀ, ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ। ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਏਜੰਸੀ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। ਕੁਝ ਟੈਕਸ-ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ SSN ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਲਈ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਮੈਂਬਰ ਲਈ SSN ਜਾਂ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੰਬਰ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਕਰਾਉਂਦੇ, ਤਾਂ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਏਜੰਸੀ ਵਲੋਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਤਾਂ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਲੋੜੀਂਦਾ ਸਬੂਤ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਓ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਇੱਥੇ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਦੇ ਕੁਝ ਕਾਨੂੰਨ ਹਨ, ਜਿਹਨਾਂ ਨਾਲ Washington Healthplanfinder ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਵਲੋਂ ਚਲਾਏ ਜਾਂਦੇ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਸਿਸਟਮ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸ਼ਖ਼ਸ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ 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 ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ।

ਵੋਟ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਜਾਂ ਸਾਡੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਰਾਹੀਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਲਾਭ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ। ਤੁਸੀਂ vote.wa.gov 'ਤੇ ਵੋਟ ਲਈ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ 1-800-448-4881 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮਾਂ ਲਈ ਕਹੋ।

ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਟੈਕਸ਼ਨ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਬਾਰੇ ਕਾਨੂੰਨ (HIPAA) ਦੀਆਂ ਪਾਬੰਦੀਆਂ HBE, HCA, ਅਤੇ DSHS ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸ਼ਖ਼ਸ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਚਰਚਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਅਖ਼ਤਿਆਰਪ੍ਰਾਪਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਉਸ ਸ਼ਖ਼ਸ ਕੋਲ ਮੁਖ਼ਤਾਰਨਾਮਾ (ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ) ਨਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਾ ਕੀਤੇ ਹੋਣ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ, HIV, AIDS, STD ਦੇ ਟੈਸਟ ਨਤੀਜੇ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਨਸ਼ਾਬੰਦੀ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਖ਼ੁਲਾਸਾ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ। HBE ਦੀ ਰਾਜਦਾਰੀ ਬਾਰੇ ਪਾਲਿਸੀ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਪੁੱਜਤ ਵਿੱਚਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਕਾਨੂੰਨ HBE, HCA ਅਤੇ DSHS ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਮੈਂਬਰ ਬਾਰੇ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੇ ਸ਼ਖ਼ਸ, ਜਿਸਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣ ਦਾ ਅਖ਼ਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਨਿਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਛਾਣੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (PII) ਦੇਣ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ।

ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜੋ ਤੁਸੀਂ HBE, HCA ਅਤੇ DSHS ਨੂੰ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਦੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਫ਼ੈਡਰਲ ਅਤੇ ਸਟੇਟ ਦੇ ਅਫ਼ਸਰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਯੋਗਤਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਜਾਇਜ਼ੇ ਅਤੇ ਏਜੰਸੀ ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਵਲੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ Washington Healthplanfinder ਰਾਹੀਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਾਰਣ ਕਰਕੇ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰਨ ਦਾ ਅਮਲ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ Washington Healthplanfinder ਵਿੱਚ ਸਟੋਰ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ 90 ਦਿਨਾਂ ਤੱਕ ਇਸ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰ ਸਕੋਗੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ 90-ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਰਜ਼ੀ ਮੁਕੰਮਲ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ Washington Healthplanfinder ਸਿਸਟਮ ਤੋਂ ਡਿਲੀਟ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਏਗੀ।

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

ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਲਾਨ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਬਾਰੇ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸੁਆਲ ਹਨ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ, ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਹੇਠ ਵਿੱਤੋਂ ਬਾਹਰੀ ਖ਼ਰਚੇ, ਲਾਭ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਲਾਭ ਖ਼ਾਰਜ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਬਾਰੇ ਅਪੀਲ ਕਰਨਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Washington Healthplanfinder ਰਾਹੀਂ ਖ਼ਰੀਦੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ COBRA ਲਈ 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।

ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਚੁਣੀ ਗਈ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਤੋਂ ਪ੍ਰਵਾਣਗੀ-ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ, ਜਿਸਨੂੰ ਬੀਮੇ ਦਾ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਜਾਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਜਾਂਦਾ, ਉਸ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਕੋਈ ਵੀ ਮੌਜੂਦਾ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਰੱਦ ਨਾ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ COBRA ਲਾਭ ਖ਼ਾਰਜ ਨਾ ਕਰੋ। ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਸਮਝ ਆ ਗਈਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਤਾਰੀਖ਼, ਉਡੀਕ ਦੇ ਸਮਿਆਂ, ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਰਕਮ, ਲਾਭਾਂ, ਬੰਦਿਸ਼ਾਂ, ਰੱਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਰਾਈਡਰਾਂ 'ਤੇ ਖ਼ਾਸ ਧਿਆਨ ਦਿਓ।

2. ਸਿਰਫ਼ Washington Apple Health

ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ

Washington Health Benefit Exchange ਅਤੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਿਟੀ (HCA) ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਕੰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

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

ਇਹ ਹੱਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਸ਼ਕ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਵਿੱਚ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਂ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਅਤੇ ਅਰਜ਼ੀਦਾਤਾ ਦੇ ਅਖ਼ਤਿਆਰਪੂਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸਾਨੂੰ ਅੰਸ਼ਕ ਅਰਜ਼ੀ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਹੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਤਾਰੀਖ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਹੋਣ ਵੇਲੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਮੁਕੰਮਲ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੀ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਅੰਤਮ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਾਂਗੇ।

ਇਹ ਹੱਕ WAC 182-503-0005 ਹੇਠ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਿਆਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਸ਼ਕ ਅਰਜ਼ੀ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਸਬੰਧੀ ਅਮਲ ਨੂੰ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਇਹ ਅਮਲ WAC 182-503-0060 ਹੇਠ ਦੱਸੀ ਗਈ ਸਮੇਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਤੱਕ ਹੀ ਪੂਰਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਨੂੰ 10 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨ ਦੇਣੇ, ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਇੰਨਾ ਸਮਾਂ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਮਾਂ ਦਿਆਂਗੇ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਮੇਂ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਖ਼ਾਰਜ, ਬੰਦ ਜਾਂ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਸਬੂਤ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਦਿੱਕਤ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਾਂਗੇ, ਤਾਂਜੇ ਅਸੀਂ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰ ਸਕੀਏ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇ ਸਾਨੂੰ ਕੋਈ ਅਜਿਹਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਾਗਤ ਦੇਣੀ ਪਏਗੀ, ਤਾਂ ਉਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਸੀਂ ਮੰਗਾਂਗੇ ਅਤੇ ਉਸ ਖ਼ਰਚੇ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਾਂਗੇ।

ਬਹੁਤੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 10 ਦਿਨ ਪਹਿਲਾਂ ਦੱਸਾਂਗੇ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਬੰਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹਾਂ।

ਬਹੁਤੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 45 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਿਖਤੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਫ਼ੈਸਲਾ ਦੇਣਾ। ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 60 ਦਿਨ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਾਰੇ ਅਸੀਂ 15 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਲਿਖਤੀ ਫ਼ੈਸਲਾ ਦਿਆਂਗੇ।

ਜੇ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡਾ ਕੇਸ ਆਡਿਟ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਇਹ ਹੱਕ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੜਤਾਲਕਰਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਪੜਤਾਲਕਰਤਾ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਪੜਤਾਲਕਰਤਾ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਵਾਪਸ ਆਉਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਜਿਹੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਦਾ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਏਗਾ।

Washington Apple Health ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣਾ, ਜਿਸ ਮਿਆਦ ਦੌਰਾਨ ਅਸੀਂ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ WAC 182-504-0125 ਅਨੁਸਾਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਕੋ-ਜਿਹੀਆਂ ਪਹੁੰਚ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣੀਆਂ WAC 182-503-0120 ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ।

ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

ਤੁਹਾਨੂੰ:

ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ, ਤਬਦੀਲੀ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ WAC 182-504-0105 ਅਤੇ WAC 182-504-0110 ਅਨੁਸਾਰ ਤਬਦੀਲੀ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਆਪਣਾ ਪ੍ਰਵਾਣਗੀ ਪੱਤਰ ਪੜ੍ਹਣਾ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਜ਼ਰੂਰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਨਵਿਆਉਣ ਨੂੰ ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨਾ, ਜਦੋਂ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਵਾਈਡਰਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਾ, ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਿਲਿੰਗ ਸਾਨੂੰ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

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

HCA ਸਟਾਫ਼ ਨਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨਾ, ਜਦੋਂ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

Apple Health ਲਈ ਕਹਿਕੇ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵੇਲੇ, ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤੀਜੀ ਧਿਰ ਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਸਾਰੇ ਹੱਕ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਨੂੰ ਦਿੰਦੇ ਹੋ।

- **ਏਜੰਸੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ**, ਬੱਚੇ ਦੇ ਪ੍ਰੋਫਾਈਲ ਦੇ ਟੀਕਾਕਰਣ ਟ੍ਰੈਕਿੰਗ ਸਿਸਟਮ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਟੀਕਾਕਰਣ ਦਾ ਇਤਿਹਾਸ।
- **ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ** ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ, ਨਗਦ ਸਹਾਇਤਾ, ਭੋਜਨ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਬਾਲ-ਸੰਭਾਲ ਦੀਆਂ ਰਿਆਇਤਾਂ ਵਰਗੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਲਾਭਾਂ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ DSHS ਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ, ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਐਸਟੇਟ ਵਸੂਲੀ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, ਅਤੇ ਚੈਪਟਰ 182-527 WAC) **ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਐਸਟੇਟ ਤੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਸ ਲਈ ਉਸਨੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਦੀਆਂ ਕਈ ਲਾਗਤਾਂ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ।** 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। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਤ ਵੇਲੇ ਜਿਉਂਦਾ ਬੱਚਾ ਨੇਤਰਹੀਣ/ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪੰਗ) ਸੀ, ਤਾਂ ਉਸ ਸਮੇਂ ਇਹ ਵਸੂਲੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ। ਵਸੂਲੀ ਵਾਲੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ:

- Washington Apple Health ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ, ਜੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 55 ਸਾਲ ਜਾਂ ਵੱਧ ਹੈ;
- ਸਿਰਫ਼ ਸਟੇਟ ਦੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਕੁਝ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਹੜੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵੇਲੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ।

ਤੁਸੀਂ WAC 182-527-2746 ਹੇਠ ਲਾਗਤ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ WAC 182-527-2754 ਹੇਠ ਵਸੂਲੀ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰੱਖੀ ਗਈ ਸੰਪਤੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਟੇਟ 42 U.S. ਕੋਡ 1396p ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ, ਮੌਤ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਸੂਲੀ ਲਈ ਮੌਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੱਕ-ਰਖਾਈ ਵੀ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਕਬਾਇਲੀ ਜ਼ਮੀਨਾਂ ਅਤੇ ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀਆਂ ਅਤੇ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ ਨਿਵਾਸੀਆਂ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਸੰਪਤੀਆਂ ਨੂੰ ਵਸੂਲੀ (WAC 182-527-2754) ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਸਟੇਟ ਜਾਇਦਾਦ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਐਸਟੇਟ ਨੂੰ ਵੇਚਕੇ ਵਸੂਲੀ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ:

- ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ;
- ਤੁਹਾਡੇ ਭੈਣ-ਭਰਾ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੇ, ਸਹਿ-ਮਾਲਕ ਨਹੀਂ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਸ਼ਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।
- ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਸੰਪਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਅਤੇ ਨੇਤਰਹੀਣ/ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪਾਹਜ) 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 ਲਾਗਤ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

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

3. ਸਰਿਫ਼ ਦੁਕਵਾਂ ਸਹਿਤ ਪਲਾਨ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਗੱਲਾਂ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ Washington Healthplanfinder ਰਾਹੀਂ ਦੁਕਵੇਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਚੋਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਪਲਬਧ ਨਹੀਂ ਕਰਾਉਂਦੇ, ਤਾਂ ਯੋਗਤਾ ਦੀਆਂ ਸਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ 90 ਦਿਨ ਹੋਣਗੇ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਟੈਕਸ-ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਲਈ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਗਾਊਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਨਿਪਟਾਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਨੰਬਰ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN) ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ Washington Healthplanfinder 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਖਰੀਦ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ, ਨਾਗਰਿਕਤਾ, ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ-ਸਥਿਤੀ, ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਕੇ ਇਹ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਏਜੰਸੀ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। ਕੁਝ ਟੈਕਸ-ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ SSN ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਲਈ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਘਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਮੈਂਬਰ ਲਈ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ, ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ Washington Healthplanfinder ਰਾਹੀਂ ਦੁਕਵੇਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਵਿੱਚ ਰਜਿਸਟਰ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਹੋਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਹੋ ਸਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਨਾਲ ਟੈਕਸ-ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਜਾਂ ਲਾਗਤ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਕਟੌਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਹਨਾਂ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ। ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਸੀਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਪਲਾਨ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦੱਸਦੇ, ਤਾਂ ਮਿਲੇ ਹੋਏ ਟੈਕਸ-ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਦਾ ਇੱਕ ਹਿੱਸਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰਨਾ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ Washington Healthplanfinder ਅਕਾਊਂਟ ਵਿੱਚ ਲਾਗਿਨ ਕਰਕੇ ਅਤੇ “ਤਬਦੀਲੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ” ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਕੇ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਬਾਰੇ ਦੱਸ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਜਾਂ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸਣ ਲਈ 1-855-923-4633 'ਤੇ ਸਾਡੇ ਗਾਹਕ ਸਹਾਇਤਾ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਟੈਕਸ-ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਦਾ ਮਿਲਾਨ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ: ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲੇ ਹੋਏ ਟੈਕਸ-ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ IRS ਨੂੰ ਦੇਣੀ ਪਏਗੀ। ਇੰਜ ਤੁਸੀਂ ਸਲਾਨਾ IRS ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਦਾਇਰ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਦੁਕਵੇਂ IRS ਫਾਰਮ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਕੇ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਟੈਕਸ-ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ ਬਾਰੇ IRS ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾ ਦੇਣ ਬਦਲੇ ਤੁਸੀਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਟੈਕਸ-ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਹਾਸਿਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੋਗੇ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ IRS ਫਾਰਮ 1095 ਅਤੇ 8962 ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਪੜ੍ਹੋ।

ਦਰਸਾਈਆਂ ਗਈਆਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਬਦਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ: ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦੀਆਂ ਅੰਡਰਰਾਈਟਿੰਗ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸਾਂ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਵਿਕਲਪਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੀ ਚੋਣ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਲਾਗਤਾਂ ਬਦਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਦਰਸਾਈਆਂ ਗਈਆਂ ਦਰਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਤਾਰੀਖ ਲਈ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਰ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਉਮਰ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਜਨਮ ਦਿਨ ਪਲਾਨ ਦਾ ਜਾਇਜ਼ਾ ਲੈਣ ਅਤੇ ਪਲਾਨ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ (ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਤਾਰੀਖ) ਵਿਚਕਾਰ ਆਉਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਲਾਗਤ ਵਧ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਚੁਣੀ ਗਈ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਸਮੇਂ ਦੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮਿਆਦ ਲਈ ਆਪਣੀਆਂ ਦਰਾਂ ਦੀ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦੀ। ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਭੁਗਤਾਨ ਮਿਲਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ, ਉਸ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਹੋਏਗੀ।

ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਟੇਟ ਦੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਉਜਰਤ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਨੂੰ HBE ਲਈ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਮੰਨਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇਹ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਨਾਲ Washington Healthplanfinder ਵਿੱਚ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਅਤੇ ਫਿਰ ਤੋਂ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਮਲ ਸਰਲ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਾਡੀ ਰਾਜਦਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html 'ਤੇ HBE ਦੀ ਰਾਜਦਾਰੀ ਸਬੰਧੀ ਪਾਲਿਸੀ ਵੇਖੋ।

4. ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰਨਾ

ਫੈਡਰਲ ਕਾਨੂੰਨ ਅਤੇ ਅਮਰੀਕਾ ਦੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਭਾਗ (HHS) ਦੀ ਪਾਲਿਸੀ ਅਨੁਸਾਰ, ਇਸ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ ਬੱਸ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਸੈਕਸ, ਉਮਰ ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਪੱਖਪਾਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਮਨਾਹੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਪੱਖਪਾਤ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਲਈ HHS ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

**Regional Manager,
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services**

2201 Sixth Ave. M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
ਫੋਨ: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
ਫੈਕਸ: 206-615-2297

ਤੁਸੀਂ HHS, ਸਿਵਲ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਦਫ਼ਤਰ ਵਿੱਚ ਸਿਵਲ ਹੱਕਾਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

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

[Amharic] የጽንዖት 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 ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែប្រភេទសារបោះពុម្ព 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)。

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

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 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, ມີໄວ້ໃຫ້ຝຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبي په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنګ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنګ وھلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

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

[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).

[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] ተርጓሚነትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓፂሱ ናይ ጽንዖት ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[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 ਬਿਨੈਕਰ 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 ਹੈਲਥਪਲਾਨਫਾਈਂਡਰ 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 _____

***ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਏਜੰਸੀ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਜੋ 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 _____ ਬ੍ਰੇਲ _____



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 '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 ਸ਼ਖਸ, 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 ਫਾਈਲ 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)

ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਦਾ 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 ਮੌਜੂਦਾ 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

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 ਦਾ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਸਥਿਤੀ: (ਇਸ ਸੁਆਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦਾ Apple Health 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 ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਬੱਸ (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 ਬੱਸ

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

7

ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ (ਜੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹਨ)

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 ਮਿੱਥਿਆ 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)

ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਦਾ 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 ਇਹ ਸ਼ਖਸ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੈ, 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, 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 Apple Health 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 ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਬੰਸ (ਅਖਤਿਆਰੀ - ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ)

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ	ਫਿਲੀਪੀਨੋ	ਲਾਤੀਨੀਅਨ	ਵੀਅਤਨਾਮੀ
ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ	ਗੁਆਮੈਨੀਅਨ	ਹੋਰ ਏਸ਼ੀਆਈ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ	ਗੋਰੇ
ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕੀ 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 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, 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)

ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਦਾ 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 ਇਹ ਸ਼ਖਸ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੈ, 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 Apple Health 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 ਸੀ? 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

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

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/ਭੈਣ/ਭਰਾ)

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

ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਦਾ 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 ਇਹ ਸ਼ਖ਼ਸ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੈ, 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, 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 Apple Health 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 ਸੀ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

ਬੰਸ (ਅਖਤਿਆਰੀ - ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉ)

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?

ਕਿਉਂਬਨ 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

10

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)

ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਦਾ ਦਰਜਾ: (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉ)

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

ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਨੰਬਰ (SSN):

ਜੇ ਇਹ ਸ਼ਖ਼ਸ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਗ਼ੈਰ-ਨਾਗਰਿਕ ਹੈ, 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/ਸਸਸਸਸ) ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖ਼ਤਮ ਹੋਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: (ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸਸ)

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 Apple Health 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 ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਬੰਸ (ਅਮਰੀਕੀ - 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

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

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

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਅਤੇ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ

ਅਮਰੀਕੀ ਇੰਡੀਅਨ ਅਤੇ ਅਲਾਸਕਾ ਦੇ ਮੂਲ-ਨਿਵਾਸੀ, ਖਾਸ Apple Health ਸੁਰੱਖਿਆਵਾਂ ਲਈ ਅਤੇ Washington Healthplanfinder 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 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

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 ਬਿਨਾਂ 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 Apple Health ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ)

ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪੰਗ) ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਬਾਲਗ

ਅਸਮਰੱਥ (ਅਪੰਗ) ਟੈਕਸ-ਆਸਰਿਤ ਬਾਲਗ, ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ, ਜੋ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗਤਾ) ਕਰਕੇ ਨੌਕਰੀ 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 Apple Health 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 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 ਤਾਰੀਖ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਦੀ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਵੋਟਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ

ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸਮੇਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ, ਜੋ 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 ਟੈਲ-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 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਜਾਂ 1-800-448-4881 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਢੁਕਵੇਂ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਪਾਉਣ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਦਸਤਖਤ

ਰੁਕੋ: 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 ਦਸਤਖਤ 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 ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਹੈਲਥਪਲਾਨਡਾਈਡਰ ਵਲੋਂ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਹੋਰ ਫ਼ੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ

ਜਾਰੀ: ਆਪਣਾ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਘਟਾਉਣ ਲਈ Washington Apple Health (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 Washington Apple Health (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 ਕਾਗਜ਼ 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 ਘਰੇ 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?

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:

ਜਦੋਂ ਉਹ 18 ਸਾਲ ਦੇ ਹੋਏ ਸੀ, ਤਾਂ ਕੀ ਕੋਈ ਵੀ ਮੈਂਬਰ, ਜੋ ਇਸ ਸਮੇਂ 18-25 ਸਾਲ ਦਾ ਹੈ, ਲੇਪਾਲਕ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਸੀ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਉਸ ਸ਼ਖਸ 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 ਗਰਭਵਤੀ ਹਨ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ 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 ਵਿੱਚਲੇ 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:

7

ਖਾਲਸਾ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਇਹ ਸੈਕਸ਼ਨ ਸਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸੇਧੀ ਹੋਈ ਤਰਤੀਬ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਖਾਲਸਾ 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 ਖਾਲਸਾ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ (ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਰਕਮ) 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 '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 ਖਾਲਸਾ ਆਮਦਨ ਤੋਂ AI/AN ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਅਲਾਵਾ, AI/ANs ਨੂੰ WAC 182-509-0340 ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ Washington Apple Health (Medicaid) ਲਈ ਆਮਦਨ ਦੀਆਂ ਕਈ ਕਿਸਮਾਂ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਦੱਸਣਾ ਪੈਂਦਾ।

ਨੋਟ ਕਰੋ ਤੋਂ ਆਮਦਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿਚਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਸ਼ਖ਼ਸ, ਇਸ ਸਮੇਂ ਨੋਟ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਨਹੀਂ ਹਾਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਨੋਟ ਕਰ ਰਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ, ਨੋਟ ਕਰੀਦਾ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਦੀਆਂ ਮੌਜੂਦਾ ਉਜਰਤਾਂ, ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ ਜਾਂ ਟਿਪ ਵਜੋਂ ਆਮਦਨ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਿਲੀ ਖਾਲਸਾ 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। ਹੋ, ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਮੌਸਮੀ (ਚੁੱਤ) ਵਾਲੀ ਨੋਟ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ WAC 182-509-0310 ਵਿੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਸੁਝਾਈ ਗਈ ਸਮੇਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਵਿੱਚ ਔਸਤ ਆਮਦਨ ਰਾਹੀਂ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ ਦਾ ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾਓ।

ਨੋਟ ਕਰ ਰਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੋਟ ਕਰੀਦਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੋਟ ਕਰੀਦਾ ਦਾ ਪਤਾ

ਸਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

\$:

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

ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨੋਟ ਕਰੀਦਾ 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 ਨੋਟ ਕਰੀਦਾ ਵਲੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੋਏ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਤਜਵੀਜ਼ਸ਼ੁਦਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਕਿੰਨਾ ਹੈ?

\$:

ਇਸ ਨੋਟ ਕਰੀਦਾ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੋਏ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਕਿੰਨੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ?*

ਨੋਟ ਕਰ ਰਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੋਟ ਕਰੀਦਾ ਦਾ ਨਾਂ

ਨੋਟ ਕਰੀਦਾ ਦਾ ਪਤਾ

ਸਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

\$:

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

ਕੀ ਇਸ, ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ 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 ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਤਜਵੀਜ਼ਸ਼ੁਦਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਕਿੰਨਾ ਹੈ?

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

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)

ਕੀ ਇਸ, ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ 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 ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਵਲੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਮੁਲਾਜ਼ਮ ਨੂੰ ਘੇਰੇ ਹੇਠ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਤਜਵੀਜ਼ਸ਼ੁਦਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਕਿੰਨਾ ਹੈ?

§: _____
ਇਸ ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ 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 ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਪ੍ਰਵਾਣ ਕਰਨ ਦਾ ਪਲਾਨ ਨਹੀਂ ਬਣਾ ਰਹੇ। ਇਹਨਾਂ ਸੁਆਲਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਤੁਹਾਡੀ Apple Health ਯੋਗਤਾ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਾਉਂਦਾ।**

ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਆਮਦਨ: ਕੀ ਆਪਣੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਹੈ? 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 II 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 ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਓਰਿਟੀ ਆਮਦਨ ਲੈ 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)

ਖਾਲਸਾ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

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

ਖਾਲਸਾ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

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

ਖਾਲਸਾ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

ਕਿਰਾਏ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਆਮਦਨ: ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਕਿਰਾਏਦਾਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ?

ਨਹੀਂ

ਹਾਂ

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

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 ਖਰਚਿਆਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਮੁਨਾਫ਼ਾ) ਭਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਵਾਣਯੋਗ ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਪੰਨਾ II 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 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)

ਖਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

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

ਖਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

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

ਖਾਲਸ ਮਹੀਨੇਵਾਰ ਆਮਦਨ

8

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	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਸਲਾਨਾ ਰਕਮ ਜਾਂ ਪੇਨਸ਼ਨ	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਪੂੰਜੀਗਤ ਲਾਭ	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਲਾਭ-ਅੰਸ਼, ਸਟਾੱਕ ਜਾਂ ਸ਼ੇਅਰ	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਖੇਤੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨ	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਆਮਦਨ	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਟ੍ਰਸਟ ਤੋਂ ਆਮਦਨ	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਵਿਆਜੀ ਆਮਦਨ	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
IRA ਆਮਦਨ	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੈਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____

ਹੋਰ ਟੈਕਸਯੋਗ ਆਮਦਨ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
	ਕੋਣ: _____	\$: _____	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ: _____
ਰੇਲਰੋਡ ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਲਾਭ	ਕੋਣ: _____	\$: _____	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		

9

ਕਟੌਤੀਆਂ

ਇਹ ਖਰਚੇ 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 ਫ਼ੈਜ਼ 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: _____

10

ਪੂਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

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

a. ਲੰਮੀ-ਮਿਆਦ 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 ਫਾਰਮ 18-005 (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 ਸ਼ੁਆਲਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਦਾ ਵੀ ਜਵਾਬ ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤਾ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਮੈਡੀਕਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜਵੰਦ (MN) ਜਾਂ ਅਸਮਰੱਥਾ (ਅਪੰਗ) (HWD) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਾਲੇ ਵਰਕਰਾਂ ਲਈ Apple Health ਵਾਸਤੇ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ।

11

ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ

ਹੋਰ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ:

ਮੈਂ Washington Healthplanfinder 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।

12

ਐਲਾਨਨਾਮਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ

ਆਪਣਾ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਘੱਟ ਕਰਨ ਲਈ Washington Apple Health (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 ਗੁਆਹੀ 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