

无力承担保险并身在拥有“州健康保险交易市场”的特定州的个人共同责任金豁免申请表



使用此申请表来申请共同责任金豁免

- 自 2014 年起，每个人都需要拥有健康保险或是在联邦所得税申报表上支付名为“共同责任金”的款项。
- 有些人可免除支付此款项。此申请表中包括一个豁免类别，您还将在提交联邦所得税申报表时看到其他类别。
- 如果您因收入低于申报门槛而不打算提交联邦所得税申报表，则无需请求豁免。如果您不确定，则可能想要请求豁免。



谁可以使用此申请表？

- 如果您所在的州拥有自己的健康保险交易市场，则使用此申请表。访问 HealthCare.gov，或拨打 1-800-318-2596，以了解您所在的州是否拥有自己的健康保险交易市场。TTY 用户应拨打 1-855-889-4325。
- 如果您无力承担保险，请使用此申请表。如果您获得此豁免，可以购买灾难保险。
- 使用此申请表来请求未来数月的豁免。如果您想要豁免一整个日历年，则需要在该年开始前提出请求。如果您无力承担保险，还可以在您的联邦所得税申报表上要求豁免。
- 您可以使用一张申请表为您的纳税家庭中的多个人请求豁免。

须知事项



您需要申请什么

- 社会保险号 (SSN)，如果您有。
- 您家中所有人的雇主和收入信息（例如，来自工资单、W-2 表格、工资和税收报表的信息）。
- 关于可提供给您的家人之任何工作相关的健康保险的信息。
- 您的 2014 年年度收入证明。参见第 6 页，查看您可以发送的文件示例。



我们为何要求获得此信息？

我们索取社会保险号和其他信息，以确保您在提交联邦所得税申报表时您的豁免可发挥作用。我们将根据法律规定，保持您提供的所有信息的隐私和安全。如果查看“隐私法声明”，请前往 HealthCare.gov 或参见说明。



接下来会发生什么？

将您填写完毕且已签名的申请表发送到第 5 页所列的地址。我们将在收到申请表后的 1-2 周内与您跟进联络，并且在需要更多信息时告知您。如果您获得此豁免，我们将为您提供一个豁免证书号码，以便您填写在联邦所得税申报表上。如果您没有收到我们的回复，请访问 HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596 联络健康保险交易市场帮助中心。TTY 用户应拨打 1-855-889-4325。



获得填写此申请表方面的帮助

- 在线：HealthCare.gov。
- 电话：致电 1-800-318-2596 联络健康保险交易市场电话中心。
- 面谈：您所在的区域可能有可以为您提供帮助的顾问。访问 HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596，以获取更多信息。
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-800-318-2596.



在填写申请表方面需要帮助？访问 HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596。如果您需要非英语的语言帮助，请致电 1-800-318-2596 并告知客户服务代表您需要的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 1-855-889-4325。

第 1 步 告知我们您的情况。

(我们需要一名纳税家庭中的成年人来担任您申请表中的联络人。)

您是否居住在加利福尼亚州、科罗拉多州、哥伦比亚特区、夏威夷州、肯塔基州、马里兰州、马萨诸塞州、明尼苏达州、内华达州、纽约州、俄勒冈州、罗德岛州、佛蒙特州或华盛顿州?

是。填写此申请表。

您是否身在康涅狄格州?

是。访问 AccessHealthCT.com 或拨打 1-855-805-HEALTH (1-888-805-4325), 了解如何申请此豁免。

您是否居住在另一个州?

是。使用此“无力承担保险并身在拥有‘联邦政府促进市场’的州的个人共同责任金豁免申请表”。

1. 名字	中间名	姓氏	后缀
2. 家庭地址 (如果您没有, 请留空。)			3. 公寓或套房号
4. 城市	5. 州 □ □	6. 邮政编码 □ □ □ □ □ □	7. 区县
8. 邮寄地址 (如果与家庭地址不同)			9. 公寓或套房号
10. 城市	11. 州 □ □	12. 邮政编码 □ □ □ □ □ □	13. 区县
14. 电话号码 (□ □ □) □ □ □ - □ □ □ □		15. 其他电话号码 (□ □ □) □ □ □ - □ □ □ □	
16. 您是否想通过电子邮件获得关于此申请表的信息? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
电子邮件地址: _____			
17. 您的首选口头或书面语言是什么 (如果非英语)?			

第 2 步 告知我们您的家庭情况。

您需要在此申请表中包括哪些人?

将您的联邦所得税申报表上的所有人告诉我们, 即使他们不需要此豁免。(如果您获得此豁免, 则需要报税才能使用豁免。) 如果您获得此豁免, 我们将为您提供一个豁免证书号码以及一封批准函。将其留做记录。您将需要在报税时将此号码填写在您的联邦所得税申报表上。

针对您家庭中的每个人完成第 2 步。

从您自己开始, 然后添加其他成年人和儿童 (无论他们是否请求豁免)。如果您家中有 2 人以上, 那么您将需要复制第 3 页并将复印件随附在后面。您无需提供不需要豁免的家庭成员的移民身份或社会保险号 (SSN)。我们将根据法律规定, 保持您提供的所有信息的隐私和安全。我们仅会将个人信息用于查看您是否具有豁免资格。



在填写申请表方面需要帮助? 访问 HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596。如果您需要非英语的语言帮助, 请致电 1-800-318-2596 并告知客户服务代表您需要的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 1-855-889-4325。

第 2 步: 第 1 个人

为您自己和您提交的同一张联邦所得税申报表上的任何人完成第 2 步。参见第 1 页, 了解关于包括谁的更多信息。如果您因收入低于申报门槛而不会提交纳税申报表, 则无需请求此豁免。

1. 名字	中间名	姓氏	后缀
2. 与您的关系		3. 出生日期 (月/日/年) □□□□ / □□□□ / □□□□□□	4. 性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
5. 社会保险号 (SSN) □□□□ - □□□□ - □□□□□□			

如果您正在为自己请求豁免并且您有 SSN, 则必须提供 SSN。您并非必须拥有 SSN 才能获得此豁免。如果您不是为自己请求豁免, 那么提供您的 SSN 也颇有助益, 因为这能加速申请流程。我们使用 SSN 来核查收入和其他信息, 以查看谁有资格享受豁免, 以及帮助确保如果您获得豁免, 它可恰当地应用到您的税费中。如果您需要帮助来获取 SSN, 请访问 [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov) 或致电 1-800-772-1213。TTY 用户应拨打 1-800-325-0778。

6. 告诉我们您打算提交的联邦所得税申报表。

a. 您是否将与配偶联合申报? 是 否

如果是, 配偶姓名: _____

b. 您是否将在您的申报表上声明任何家属? 是 否

如果是, 请列出家属姓名: _____

c. 您是否会在其他人的纳税申报表上被称为家属? 是 否

如果是, 请列出纳税人的姓名: _____

您与纳税人的关系如何? _____

7. 您是否需要此豁免? 是。 否。 如果否, 请将页面剩余部分留空。

8. 如果是西班牙裔/拉丁裔, 请指明您的族群 (可选 — 勾选所有适用项)。

墨西哥人 墨西哥裔美国人 奇卡诺人 波多黎各人 古巴人 其他 _____

9. 种族 (可选 — 勾选所有适用项)。

<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 越南人	<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人
<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚裔印度人	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 其他亚洲人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人
	<input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> 韩国人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民	<input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民
				<input type="checkbox"/> 其他 _____

10. **年度收入:** 包括工资/小费 (税前)、个体经营净收入、失业津贴、养老金、社会保险金 (附加社会保障收入, 以及无需交税的年长者、幸存者或残疾抚恤金除外)、退休账户、收到的赡养费、农业和渔业净收入、租金和版税净收入, 以及将包含在您的税费中的任何其他项目。您无需告知我们子女抚养费或退伍军人款项。

您今年的总收入	您明年的总收入 (如果您认为将会有不同)
\$ □□□□□□□□	\$ □□□□□□□□

11. 如果您的雇主扣留您的部分工资并将其用于支付健康保险, 请列出每年扣留的金额。

\$ □□□□□□□□

12. 是否有工作为您提供健康保险? 即使此健康保险来自于其他人 (如父母或配偶) 的工作, 请勾选“是”。

是。如果是, 您将需要填写并包含附录 A。

否。

非常感谢。这是我们需要了解的关于您的全部信息。



在填写申请表方面需要帮助? 访问 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 或致电 1-800-318-2596 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596。如果您需要非英语的语言帮助, 请致电 1-800-318-2596 并告知客户服务代表您需要的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 1-855-889-4325。

第 2 步: 第 2 个人

如果您要包含超过两个人, 请复制第 2 步: 第 2 个人并填写。

为您自己和您提交的同一张联邦所得税申报表上的任何人完成第 2 步。参见第 1 页, 了解关于包括谁的更多信息。如果您因收入低于申报门槛而不会提交纳税申报表, 则无需请求此豁免。

1. 名字	中间名	姓氏	后缀
2. 与您的关系		3. 出生日期 (月/日/年) □□□□ / □□□□ / □□□□□□	4. 性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

5. 社会保险号 (SSN) □□□□ - □□□□ - □□□□□□

如果您正在为第 2 个人请求豁免并且第 2 个人有 SSN, 那么您必须提供其 SSN。第 2 个人并非必须拥有 SSN 才能获得此豁免。如果您不是为第 2 个人请求豁免, 那么提供第 2 个人的社会保险号 (SSN) 也颇有助益, 因为这能加速申请流程。我们使用 SSN 来核查收入和其他信息, 以查看谁有资格享受豁免, 以及帮助确保如果您获得豁免, 它可恰当地应用到您的税费中。如果第 2 个人需要帮助来获取 SSN, 请访问 [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov) 或致电 1-800-772-1213。TTY 用户应拨打 1-800-325-0778。

6. 告诉我们第 2 个人明年打算提交的联邦所得税申报表。

a. 第 2 个人是否将与配偶联合申报? 是 否

如果是, 配偶姓名: _____

b. 第 2 个人是否将在他/她的申报表上声明任何家属? 是 否

如果是, 请列出家属姓名: _____

第 2 个人是否会在其他人的纳税申报表上被称为家属? 是 否

如果是, 请列出纳税人的姓名: _____

您与纳税人的关系如何? _____

7. 第 2 个人是否需要此豁免? 是。 否。 如果否, 请将页面剩余部分留空。

8. 如果是西班牙裔/拉丁裔, 请指明您的族群 (可选 — 勾选所有适用项)。

墨西哥人 墨西哥裔美国人 奇卡诺人 波多黎各人 古巴人 其他 _____

9. 种族 (可选 — 勾选所有适用项)。

<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 越南人	<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人
<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚裔印度人	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 其他亚洲人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人
	<input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> 韩国人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民	<input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民
				<input type="checkbox"/> 其他 _____

10. **年度收入:** 包括工资/小费 (税前)、个体经营净收入、失业津贴、养老金、社会保险金 (附加社会保障收入, 以及无需交税的年长者、幸存者或残疾抚恤金除外)、退休账户、收到的赡养费、农业和渔业净收入、租金和版权净收入, 以及第 2 个人将在您的税费中包含的任何其他项目。您无需告知我们子女抚养费或退伍军人款项。

第 2 个人今年的总收入 \$ □□□□□□□□	第 2 个人明年的总收入 (如果您认为将会有不同) \$ □□□□□□□□
-----------------------------	--

11. 如果第 2 个人的雇主扣留其部分工资并将其用于支付健康保险, 请列出每年扣留的金额。

\$ □□□□□□□□

12. 是否有工作为第 2 个人提供健康保险? 即使此健康保险来自于其他人 (如父母或配偶) 的工作, 请勾选“是”。

是。如果是, 您将需要填写并包含附录 A。

否。

非常感谢。这是我们需要了解的关于第 2 个人的全部信息。



在填写申请表方面需要帮助? 访问 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 或致电 1-800-318-2596 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596。如果您需要非英语的语言帮助, 请致电 1-800-318-2596 并告知客户服务代表您需要的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 1-855-889-4325。

第 3 步 最低成本健康保险交易市场计划

对于无法通过工作（包括配偶或父母的工作）获得健康保险的豁免申请者，您获得此豁免的能力是基于您在申请可以获得的任何税费抵免后，可通过您所在州的健康保险交易市场提供的最低成本铜计划的费用。

此信息仅可通过您所在州的健康保险交易市场提供。

因此，如果任何人对上述问题 12 的回答为“否”——这表明他们没有通过工作获得健康保险——我们需要您向所在州的健康保险交易市场提交健康保险申请表、完成流程并将下列 2 项内容发送给我们：

1. 来自您所在州的健康保险交易市场的资格通知复件，显示您的最大保险费税抵免额。
2. 来自您所在州的健康保险交易市场的计划比较工具的屏幕内容复制，显示可提供给申请此豁免之任何人的最低成本铜计划的保险金额。如果没有可以为您的纳税家庭中申请豁免的所有人承保的单一铜计划，请将显示最低成本铜计划合计起来为所有人提供最低成本的屏幕内容发送给我们。

如果您需要帮助来找到此信息，可以致电您所在州的健康保险交易市场。电话号码列于下方：

州	电话号码
加利福尼亚州	1-800-300-1506
科罗拉多州	1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)
哥伦比亚特区	1-855-532-5465
夏威夷州	1-877-628-5076
肯塔基州	1-855-4kynect (1-855-459-6238)
马里兰州	1-855-642-8572
马萨诸塞州	1-877-623-6765
明尼苏达州	1-855-366-7873
内华达州	1-855-768-5465
纽约州	1-855-355-5777
俄勒冈州	1-855-268-3767
罗得岛州	1-855-840-HSRI (1-855-840-4774)
佛蒙特州	1-855-899-9600
华盛顿州	1-855-WAFINDER (1-855-923-4633)



在填写申请表方面需要帮助？ 访问 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 或致电 **1-800-318-2596** 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**。如果您需要非英语的语言帮助，请致电 **1-800-318-2596** 并告知客户服务代表您需要的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 **1-855-889-4325**。

第 4 步 阅读并签署此申请表。

- 依据作伪证即受惩罚的规定，本人签署此申请表，表明我已尽我所知对此表中的所有问题给出了真实的回答。我知道，如果我提供虚假和/或不真实的信息，依据联邦法律我会受到惩罚。
- 我知道，根据联邦法律规定，不得基于种族、肤色、原国籍、性别、年龄、性取向、性别认同或残疾而实施差别对待。我可以访问 www.hhs.gov/ocr/office/file 来提交歧视投诉。

我们需要此信息来查看您是否具有豁免资格（如果您选择申请豁免）。我们将利用我们电子数据库以及来自国内收入署（IRS）和/或消费者报告机构的数据库中的信息来核实您的回答。如果信息不匹配，我们可能会要求您向我们发送证明。

如果我认为我的申请结果不正确，应该怎么做？

如果您不同意您的豁免申请结果，可以请求上诉。以下是请求上诉时需要考虑的重要信息：

- 健康保险交易市场必须在申请结果通知发出后的 90 天内收到您的上诉请求。
- 如果您愿意，可以让其他人请求或参与您的上诉。此人可以是您的朋友、亲属、律师或其他人。或者，您可以独自请求并参与您的上诉。
- 上诉结果可能会改变您家中其他成员的资格。

如要对您的豁免申请结果提出上诉，请致电 **1-800-318-2596**。TTY 用户应拨打 **1-855-889-4325**。您还可以将上诉申请表或请求上诉的信函邮寄到 **Health Insurance Marketplace - Exemption Processing（健康保险交易市场 - 豁免处理）**，地址为 465 Industrial Blvd., London, KY 40741。

签署此申请表。 填写第 1 步的人应签署此申请表。如果您是受权代表，可以在此处签名，只要您已提供附录 B 中列出的所需信息。

签名	日期（月/日/年）										
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">□</td> <td style="width: 15%;">□</td> <td style="width: 10%;">/</td> <td style="width: 15%;">□</td> <td style="width: 15%;">□</td> <td style="width: 10%;">/</td> <td style="width: 15%;">□</td> <td style="width: 15%;">□</td> <td style="width: 15%;">□</td> <td style="width: 15%;">□</td> </tr> </table>	□	□	/	□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	/	□	□	□	□		

第 5 步 邮寄填写完毕的申请表和文件。

将您已经签名的申请表和显示您年度收入的文件（参见第 6 页的例子）邮寄到：

Health Insurance Marketplace - Exemption Processing
465 Industrial Blvd.
London, KY 40741

PPA 披露声明

依据 1995 年《缩减文书工作法案》，任何人都无需回应信息收集要求，除非其出示有效的 OMB 控制号码。针对该信息收集的有效 OMB 控制号码是 0938-1190。完成此信息收集所需的时间预计为平均每个回应 16 分钟，包括查看说明、搜索现有数据资源、收集所需资料以及填写并审查信息收集的时间。如果您对时间估计的准确性有意见或是有改进此表格的建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, 收件人：PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。



在填写申请表方面需要帮助？ 访问 HealthCare.gov 或致电 **1-800-318-2596** 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**。如果您需要非英语的语言帮助，请致电 **1-800-318-2596** 并告知客户服务代表您需要的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 **1-855-889-4325**。

第 6 步 年度收入证明

为了您能获得此豁免的批准，我们需要您的 2014 年年度收入证明。您可以发送的文件例子包括：

- 工资和纳税明细表 (W-2)
- 工资单
- 雇主信函
- 个体经营总账
- 生活费调整信函及其他福利证明通知
- 租赁合同
- 支付给家庭成员的支票复印件
- 银行或投资基金对账单
- 来自社会保障总署 (SSA) 的文件或信函
- 表格 SSA 1099 社会保险福利报表
- 来自政府机构的关于失业津贴的信函

这些文件的日期不必一定为 2014 年。举例来说，如果您预计您的收入在 2014 年没有变化，可以提供最近的工资单。如果您预计自己的收入在 2014 年增加或减少，可以提供其他文件，例如表明合约工作将会何时终止的文件。如果您的任何收入来源于自由职业，则可以填写个体经营总账，其中包括您的预期收入。



在填写申请表方面需要帮助？ 访问 HealthCare.gov 或致电 **1-800-318-2596** 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-800-318-2596**。如果您需要非英语的语言帮助，请致电 **1-800-318-2596** 并告知客户服务代表您需要的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 **1-855-889-4325**。

附录 A: 豁免

表格已获准
OMB 编号 0938-1191

来自工作的健康保险

您无需回答这些问题，除非您家中有人符合来自工作的健康保险资格。针对每个提供保险的工作附上一份此页副本。

告知我们关于提供保险的工作信息。

将下页的“雇主保险工具”带给提供保险的雇主，从而帮助您回答这些问题。您只需要在发送申请表时包括此页，而无需包含雇主保险工具。

员工信息

1. 员工姓名（名字、中间名、姓氏）	2. 员工社会保险号 □□□□ - □□ - □□□□□□
--------------------	----------------------------------

雇主信息

3. 雇主姓名	4. 雇主识别号 (EIN) □□ - □□□□□□□□	
5. 雇主地址	6. 雇主电话号码 (□□□□) □□□□ - □□□□□□	
7. 城市	8. 州 □□	9. 邮政编码 □□□□□□

10. 针对此工作提供的员工健康保险，我们可以联络谁？	
11. 电话号码（如果与上述电话不同） (□□□□) □□□□ - □□□□□□	12. 电子邮件地址

13. 您目前是否有资格获得此雇主提供的保险，或是您在未来 3 个月内是否有资格获得此雇主提供的保险？

是（继续）

13a. 如果您正处在等候期或试用期，那么您何时可以参加保险？（月/日/年）

□□ / □□ / □□□□□□

列出有资格获得此工作提供的保险之任何其他人的姓名。

姓名：_____ 姓名：_____ 姓名：_____

否（在此处结束并前往申请表中的第 5 步）

告知我们关于此雇主提供的健康计划信息。

14. 此雇主是否提供满足最低价值标准*的健康计划？ 是 否

15a. 针对仅提供给员工的满足最低价值标准*的最低成本计划（不包括家庭计划）：如果雇主有健康计划，请提供员工如果没有获得健康计划（包括戒烟计划）折扣将需支付的保险费。

a. 员工需要为此计划支付多少保险费？ \$ □□□□□□

b. 支付频率？ 每周 每 2 周 每月 2 次 每月 1 次 每季度 1 次 每年 1 次

15b. 针对提供给请求豁免的员工及其家庭成员的满足最低价值标准*的最低成本计划（仅包括针对还没有豁免的家庭成员之家庭计划）：如果雇主有健康计划，请提供员工如果没有获得健康计划（包括戒烟计划）折扣将需支付的保险费。

a. 员工需要为此计划支付多少保险费？ \$ □□□□□□

b. 支付频率？ 每周 每 2 周 每月 2 次 每月 1 次 每季度 1 次 每年 1 次

16. 雇主将会为新计划年度做出哪些变化（如果已知）？

雇主将不会提供健康保险


雇主将开始为员工提供健康保险，或更改仅提供给满足最低价值标准*之员工的最低成本计划的保险费。（保险费不应反映出健康计划的任何折扣。参见问题 15。）

a. 员工需要为此计划支付多少保险费？ \$ □□□□□□

b. 支付频率？ 每周 每 2 周 每月 2 次 每月 1 次 每季度 1 次 每年 1 次

c. 更改日期（月/日/年）： □□ / □□ / □□□□□□

* 如果雇主资助的健康计划对允许的总福利费用的应付份额不少于此类费用的 60%（1986 年《国内税法》第 36B(c)(2)(C)(ii) 节），则此计划满足“最低价值标准”。

 **在填写申请表方面需要帮助？** 访问 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 或致电 1-800-318-2596 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596. 如果您需要非英语的语言帮助，请致电 1-800-318-2596 并告知客户服务代表您需要的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 1-855-889-4325。

雇主保险工具：豁免

利用此工具帮助回答您的健康保险交易市场申请表中附录 A 的问题。申请表的此部分询问您符合条件的任何雇主健康保险的相关问题（即使该保险来自另一个人的工作，例如父母或配偶）。下列编号方框中的信息与附录 A 中的方框信息匹配。例如，您可以利用本页问题 14 的回答来解答附录 A 中的问题 14。在方框 1 和 2 中写下您的姓名和社会保险号，并请求雇主填写表格剩余部分。针对提供您符合条件的健康保险之每个雇主完成一个工具。

员工信息

员工需要填写此部分。

1. 员工姓名（名字、中间名、姓氏）	2. 员工社会保险号
	□□□□ - □□□ - □□□□□□

雇主信息

请求雇主提供此信息。

3. 雇主姓名	4. 雇主识别号码 (EIN)	
	□□□ - □□□□□□□□	
5. 雇主地址（健康保险交易市场将向此地址发送通知）	6. 雇主电话号码	
	(□□□□) □□□□ - □□□□□□	
7. 城市	8. 州	9. 邮政编码
	□□	□□□□□□

10. 针对此工作提供的员工健康保险，我们可以联络谁？	
11. 电话号码（如果与上述电话不同）	12. 电子邮件地址
(□□□□) □□□□ - □□□□□□	

13. 员工目前是否有资格获得此雇主提供的保险，或是在未来 3 个月内是否有资格获得此雇主提供的保险？

是（前往问题 13a.）

13a. 如果员工目前不符合条件，包括等候期或试用期过后，那么员工何时会有资格获得保险？
_____（月/日/年）（前往下一问题）

否（停止并将此表格返还给员工）

告知我们关于此雇主提供的健康计划信息。

雇主提供的健康计划是否承保员工的配偶或家属？

- 是。哪些人？ 配偶 家属
- 否

（前往问题 14）

14. 此雇主是否提供满足最低价值标准*的健康计划？

是（前往问题 15） 否（停止并将此表格返还给员工）

15a. 针对仅提供给员工的满足最低价值标准*的最低成本计划（不包括家庭计划）：如果雇主有健康计划，请提供员工如果没有获得健康计划（包括戒烟计划）折扣将需支付的保险费。

- a. 员工需要为此计划支付多少保险费？ \$ □□□□□□□□
- b. 支付频率？ 每周 每 2 周 每月 2 次 每月 1 次 每季度 1 次 每年 1 次

15b. 针对提供给请求豁免的员工及其家庭成员的满足最低价值标准*的最低成本计划（仅包括针对还没有豁免的家庭成员之家庭计划）：如果雇主有健康计划，请提供员工如果没有获得健康计划（包括戒烟计划）折扣将需支付的保险费包括戒烟计划。

- a. 员工需要为此计划支付多少保险费？ \$ □□□□□□□□
- b. 支付频率？ 每周 每 2 周 每月 2 次 每月 1 次 每季度 1 次 每年 1 次

如果计划年度将很快结束并且您知道提供的健康计划将出现变化，请前往问题 16。如果您不知道，请停止并将此表格返还给员工。

16. 雇主将会为新计划年度做出哪些变化？

雇主将不会提供健康保险

雇主将开始为员工提供健康保险或是更改满足最低价值标准*且仅提供给员工的最低成本计划的保险费。（保险费不应反映出健康计划的任何折扣。参见问题 15.）

a. 员工需要为此计划支付多少保险费？ \$ □□□□□□□□

b. 支付频率？ 每周 每 2 周 每月 2 次 每月 1 次 每季度 1 次 每年 1 次

c. 更改日期（月/日/年）： □□ / □□ / □□□□□□

* 如果雇主资助的健康计划对允许的总福利费用的应付份额不少于此类费用的 60%（1986 年《国内税法》第 36B(c)(2)(C)(ii) 节），则此计划满足“最低价值标准”。

在填写申请表方面需要帮助？访问 HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596. 如果您需要非英语的语言帮助，请致电 1-800-318-2596 并告知客户服务代表您需要的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 1-855-889-4325。

填写此申请表方面的协助

您可以选择一名受权代表。

您可以允许一名信任的人与我们讨论关于此申请表的内容、查看您的信息并且代表您处理与此申请表有关的事项，包括获取关于您的申请表之信息以及代表您签署申请表。此人被称为“受权代表”。如果您需要更换受权代表，请联络健康保险交易市场。如果您是申请表上的某人之合法任命的代表，请连同此申请表提交您的证明。

1. 受权代表姓名（名字、中间名、姓氏）		
2. 地址	3. 公寓或套房号	
4. 城市	5. 州 <input type="text"/> <input type="text"/>	6. 邮政编码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. 电话号码 (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. 组织名称		
9. ID 号码（如果适用） <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
在此处签名，即表明您允许此人签署您的申请表、获取关于此申请表的官方信息并且代表您处理与此申请表有关的所有未来事项。		
10. 您的签名	11. 日期（月/日/年） <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

仅限经认证的申请顾问、指导员、代理和经纪人。

如果您是其他人填写此申请表的经认证的申请顾问、指导员、代理或经纪人，请填写此部分。

1. 申请开始日期（月/日/年） <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. 名字、中间名、姓氏和后缀	
3. 组织名称	
4. ID 号码（如果适用） <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5. 仅限代理/经纪人：NPN 号码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



在填写申请表方面需要帮助？ 访问 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 或致电 1-800-318-2596 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-800-318-2596。如果您需要非英语的语言帮助，请致电 1-800-318-2596 并告知客户服务代表您需要的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 1-855-889-4325。