

## Che succede se per il 2015 non avevate un'assicurazione sanitaria?

A partire da gennaio 2014, voi e la vostra famiglia dovete:

- avere una copertura assicurativa sanitaria valida tutto l'anno, oppure
- avere i requisiti per un'esenzione dalla copertura, oppure
- versare una penale alla presentazione della dichiarazione dei redditi.

La penale è la quota di condivisione di responsabilità personale (Individual Shared Responsibility Payment).

- Per il 2015, la penale corrisponde all'importo maggiore tra \$325 per adulto e il 2% del vostro reddito.
- Per il 2016, la penale aumenta all'importo maggiore tra \$695 per adulto e il 2,5% del vostro reddito.

Altri fattori potrebbero influire sul pagamento di questa quota.

## Scoprite le opzioni sull'assicurazione sanitaria per il 2016.

- NY State of Health:  
Online sul sito [nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)  
Chiamando il numero 1-855-355-5777
- Community Service Society per assistenza gratuita di persona  
Chiamate il numero  
1-888-614-5400

## È disponibile assistenza gratuita



- Ottenete ulteriore assistenza nella scelta del programma SLCP o richiedete ulteriori informazioni sul modulo 1095-A o sul credito d'imposta sui premi (Premium Tax Credit) chiamando l'ufficio legale per gli affari sanitari della comunità (**Community Health Advocates**): **1-888-614-5400**.
- Richiedete un modulo corretto o sostitutivo chiamando **NY State of Health**: **1-855-766-7860**.
- Per domande di natura fiscale, consultate il vostro commercialista o rivolgetevi all'**IRS** sul sito [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

**Ulteriori informazioni** sono reperibili presso:

- <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- IRS sul sito [www.irs.gov](http://www.irs.gov)
- Commercialisti

**I nostri servizi sono gratuiti e offerti in diverse lingue.**

## Avete ricevuto un modulo 1095-A da NY State of Health?

## Possiamo aiutarvi!



# Come utilizzare il modulo IRS 1095-A

Questo modulo viene spedito per posta e sarà accessibile nel vostro account NY State of Health se avete sottoscritto un programma Marketplace nel 2015.\*

Conservate questo modulo e leggete le istruzioni fornite a corredo.

Usate il modulo per compilare la dichiarazione dei redditi.

Form <b>1095-A</b> Health Insurance Marketplace Statement		<input type="checkbox"/> VOID	OMB No. 1545-2292
Department of the Treasury Internal Revenue Service		<input type="checkbox"/> CORRECTED	<b>2015</b>
Information about Form 1095-A and its separate instructions is at <a href="http://www.irs.gov/form1095a">www.irs.gov/form1095a</a> .			
<b>Part I Recipient Information</b>			
1 Marketplace identifier	2 Marketplace-assigned policy number	3 Policy issuer's name	
4 Recipient's name	5 Recipient's SSN	6 Recipient's date of birth	
7 Recipient's spouse's name	8 Recipient's spouse's SSN	9 Recipient's spouse's date of birth	
10 Policy start date	11 Policy termination date	12 Street address (including apartment no.)	
13 City or town	14 State or province	15 Country and ZIP or foreign postal code	
<b>Part II Covered Individuals</b>			
A. Covered individual name	B. Covered individual SSN	C. Covered individual date of birth	D. Coverage start date
E. Coverage termination date			
16			
17			
18			
19			
20			
<b>Part III Coverage Information</b>			
Month	A. Monthly enrollment premiums	B. Monthly second lowest cost silver plan (SLCSP) premium	C. Monthly advance payment of premium tax credit
21 January			
22 February			
23 March			
24 April			
25 May			
26 June			
27 July			
28 August			
29 September			
30 October			
31 November			
32 December			
<b>33 Annual Totals</b>			

\*Nota: i titolari di programmi a condizioni vantaggiose (catastrophic plan) non riceveranno questo modulo.



# Come utilizzare il modulo 1095-A di NY State of Health

## Avete usufruito del sussidio APTC per uno o più mesi?

Se sì, l'importo di cui avete usufruito si basa sul vostro reddito stimato. Siete tenuti a conciliare il totale dei crediti d'imposta usufruiti con l'importo previsto in base al vostro reddito effettivo.

## Avete versato integralmente il costo del programma sanitario per uno o più mesi?

Se il vostro reddito effettivo è inferiore o pari al 400% delle direttive FPL, potreste avere i requisiti per richiedere il credito d'imposta sui premi, anche se non avevate fatto richiesta, non avevate usufruito o non avevate i requisiti per ottenere aiuti finanziari al momento della sottoscrizione.

## Come conciliare/richiedere i crediti d'imposta sui premi

Passaggio 1: NY State of Health vi invierà il modulo 1095-A.

Passaggio 2: Usate il modulo 1095-A per compilare il modulo IRS 8962. Se avete ricevuto sussidi APTC per ogni mese di iscrizione al programma, il modulo 1095-A viene fornito già compilato. Se vi siete iscritti senza crediti d'imposta, dovrete indicare il premio SLCSPP (Second Lowest Cost Silver Plan) per ogni mese di iscrizione al programma senza crediti d'imposta.

Passaggio 3: Compilate la dichiarazione dei redditi federale, usando il modulo appropriato della serie 1040 e il modulo 8962.

## Avete bisogno di aiuto?

Sono disponibili risorse in **diverse lingue** sul sito <http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

Ottenete ulteriore assistenza nella scelta del programma SLCSPP o richiedete ulteriori informazioni sul modulo 1095-A o sul credito d'imposta sui premi chiamando l'ufficio legale per gli affari sanitari della comunità (**Community Health Advocates**) al numero **1-888-614-5400**.

Richiedete un modulo corretto o sostitutivo chiamando **NY State of Health** al numero **1-855-766-7860**.