

如果在 2015 年 未投保健康保险， 该怎么办？

自 2014 年 1 月起，您和您的家人
必须：

- 投保全年健康保险，或者
- 拥有保险豁免资格，或者
- 报税时支付罚金。

罚金是个人共同责任付款 (Individual Shared Responsibility Payment)。

- 2015 年，罚金为 325 美元/成年人或收入的 2%（选取数额较大者）。
- 2016 年，罚金增加为 695 美元/成年人或收入的 2.5%（选取数额较大者）。

其他因素可能会影响您的罚金。

了解 2016 年的健康保险方案。

- NY State of Health：
访问 nystateofhealth.ny.gov 上的
在线服务
致电 1-855-355-5777
- 提供免费现场协助的
Community Service Society 请
致电 1-888-614-5400

提供 免费帮助



- 通过致电 **社区健康倡导者 (Community Health Advocates)**，获得关于选择 SLCS 的更多帮助或获取关于表 1095-A 或保费税收抵免的一般信息，电话号码：
1-888-614-5400。
- 通过致电 **NY State of Health** 获取修正表或更换表，电话号码：
1-855-766-7860。
- 有关税务的疑问，请咨询税务顾问，或者联系 **IRS**，网址：
www.irs.gov。

可以通过以下方式 **了解更多信息**：

- 访问 <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- 访问 IRS www.irs.gov 网站
- 咨询报税员

**我们的服务都是免费的。
我们提供各种语言服务。**

您是否从 NY State of Health 收到了 1095-A 表？

我们可以 帮您解答！



**Community
Service
Society** | Fighting Poverty
Strengthening
New York

nystateofhealth
The Official Health Plan Marketplace

了解如何使用 IRS 表 1095-A

如果您在 2015 年加入了交易市场计划，则此表会通过邮件寄送，并发布在您的 NY State of Health 帐户中。*

保存此表，并阅读随附的说明。

在此表中填写您的税款。

Form 1095-A	Health Insurance Marketplace Statement	☐ VOID	OMB No. 1545-0047
Department of the Treasury Internal Revenue Service		☐ CORRECTED	2015
Information about Form 1095-A and its separate instructions is at www.irs.gov/form1095a .			
Part I Recipient Information			
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	
Part II Covered Individuals			
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			
Part III Coverage Information			
Month	A. Monthly enrollment premium	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			
33 Annual Totals			

*注意：灾难险投保人不会收到此表。

如何使用 NY State of Health 提供的表 1095-A

使用 APTC 的时间是否长达一个月或多个月？

如果是，您使用的金额是基于您的估计收入。您需要核对所用的税收抵免金额与基于您的实际收入您有资格获得的金额。

支付计划全额费用的时间是否长达一个月或多个月？

如果您的实际收入低于或等于 400% FPL，您可能有资格申请保费税收抵免，即使您不申请、不使用或在加入计划时没有申请财务帮助的资格，也是如此。

如何核对/申请保费税收抵免

步骤 1：NY State of Health 将向您发送表 1095-A。

步骤 2：使用表 1095-A 完成 IRS 表 8962。如果您投保的每个月都有 APTC，则您的表 1095-A 已为您填写完成。如果您投保时没有税收抵免，则需要确认您投保期间无税收抵免的各个月的次低费用白银计划 (SLCSP) 保费。

步骤 3：使用 1040 系列中的相应表与表 8962，提交您的联邦纳税申报单。

是否需要帮助？

可通过访问以下网站获取**多种语言**的相关资源：

<http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

通过致电**社区健康倡导者**，获得关于选择 SLCSP 的更多帮助或获取表 1095-A 或保费税收抵免的一般信息，电话号码：**1-888-614-5400**。

通过致电 **NY State of Health** 获取修正表或更换表，电话号码：**1-855-766-7860**。