

## ¿Qué pasa si no tuvo seguro médico en el 2015?

A partir de enero de 2014, usted y su familia deben:

- tener cobertura de seguro médico durante todo el año o
- calificar para una exención de la cobertura o
- pagar una multa cuando presente su declaración de impuestos.

La multa es el Pago Individual de Responsabilidad Compartida.

- En 2015, la multa será de \$325 por cada adulto o el 2 % de su ingreso, lo que sea mayor.
- En 2016, la multa aumentará a \$695 por cada adulto o el 2.5 % de su ingreso, lo que sea mayor.

Hay otros factores que pueden afectar su pago.

### Conozca acerca de sus opciones de seguro médico para 2016.

- NY State of Health:  
En línea en [nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)  
Por teléfono en 1-855-355-5777
- Community Service Society:  
ayuda gratuita en persona  
Llame al 1-888-614-5400

## Hay ayuda gratuita disponible



- Para obtener ayuda adicional cuando elija su SLCSP u obtener información general sobre el Formulario 1095-A o el crédito fiscal de las primas llame a **Community Health Advocates: 1-888-614-5400.**
- Obtenga un formulario corregido o un reemplazo del formulario llamando a **NY State of Health: 1-855-766-7860.**
- Si tiene preguntas sobre los impuestos, consulte con su asesor de impuestos o comuníquese con el **IRS** en [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

### Más información en:

- <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- IRS en [www.irs.gov](http://www.irs.gov)
- Especialistas en impuestos

**Nuestros servicios son gratuitos.  
Hablamos varios idiomas.**

## ¿Recibió un Formulario 1095-A de NY State of Health?

## ¡Podemos ayudarle!



# Comprenda cómo usar el Formulario 1095-A del IRS

Recibirá este formulario por correo y además se publicará en su cuenta de NY State of Health si se inscribió en un plan del Mercado en 2015.\*

Guarde este formulario y lea las instrucciones que lo acompañan.

Use este formulario para su declaración de impuestos.

Form <b>1095-A</b>		<b>Health Insurance Marketplace Statement</b>		<input type="checkbox"/> VOID	OMB No. 1545-2232
Department of the Treasury Internal Revenue Service		Information about Form 1095-A and its separate instructions is at <a href="http://www.irs.gov/form1095a">www.irs.gov/form1095a</a> .		<input type="checkbox"/> CORRECTED	<b>2015</b>
<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					
<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					
33 Annual Totals					

\*Nota: Las personas que tienen planes catastróficos no recibirán este formulario.



# Cómo usar el Formulario 1095-A de NY State of Health

## ¿Utilizó APTC durante uno o más meses?

Si es así, el monto que utilizó se basó en su ingreso estimado. Usted debe conciliar el monto de los créditos fiscales que utilizó con el monto para el que es elegible con base en su ingreso real.

## ¿Pagó el costo total de su plan durante uno o más meses?

Si su ingreso real es menor o igual a 400 % del nivel federal de pobreza (FPL), usted podría ser elegible para reclamar el crédito fiscal de las primas, incluso si no solicitó, no usó o no era elegible para recibir ayuda financiera cuando se inscribió.

## Cómo conciliar/reclamar los créditos fiscales por pago de primas

Paso 1: NY State of Health le enviará el Formulario 1095-A.

Paso 2: Use el Formulario 1095-A para completar el Formulario 8962 del IRS. Si tuvo APTC cada mes que estuvo inscrito, se llenó el formulario 1095-A completamente para usted. Si usted estuvo inscrito sin créditos fiscales, debe identificar su prima del plan Silver de segundo costo más bajo (Second Lowest Cost Silver Plan, SLCSPP) de cada mes que estuvo inscrito sin créditos fiscales.

Paso 3: Presente su declaración de impuestos federales utilizando el formulario correspondiente de la serie 1040 y el Formulario 8962.

## ¿Necesita ayuda?

Hay recursos disponibles en **varios idiomas** en <http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

Para obtener ayuda adicional cuando elija su SLCSP u obtener información general sobre el Formulario 1095-A o el crédito fiscal de las primas, llame a **Community Health Advocates** al **1-888-614-5400**.

Obtenga un formulario corregido o un reemplazo del formulario llamando a **NY State of Health** al **1-855-766-7860**.