

如果在 2014 年末 申请健康保险，该 怎么办？

自 2014 年 1 月起，您和您的家人
必须：

- 申请全年健康保险，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赔偿 (Individual Shared Responsibility Payment)。罚金为 95 美元/成年人或收入的 1% (选取数额较大者)。

其他因素可能会影响您的罚金。

了解 2015 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社区服
务协会 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 SLCSPP 的更多帮助或获取 1095-A 表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 www.irs.gov 网站上的 IRS
- 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。

是否从 NY State of Health 收到 了 1095-A 表？

我们可以帮您 解答！



了解如何使用 IRS 表 1095-A

如果您在 2014 年加入了交易市场计划，则此表会通过邮件寄送，并公布在您的 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		OMB No. 1545-0042
Department of the Treasury Internal Revenue Service		Information about Form 1095-A and its separate instructions is at www.irs.gov/form1095a <input type="checkbox"/> CORRECTED		2014
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 Coverage Household				
A. Covered Individual Name	B. Covered Individual SSN	C. Covered Individual Date of Birth	D. Covered Individual Start Date	E. Covered Individual Termination Date
16				
17				
18				
19				
20				
Part III Household Information				
Month	A. Monthly Premium Amount	B. Monthly Premium Amount of Second Lowest Cost Silver Plan (SLCSP)	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

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付款帮助资格，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。如果您加入的每个月都有 APTC，则您的表 1095-A 已相应地填写完整。如果您加入时没有税收抵免，则需要确认您加入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（提供多种语言服务）获取相关资源，网址：
<http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

获得更多帮助选择您的 SLCSP，或者通过致电社区健康倡导者获取 1095-A 表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**。