

## Che succede se per il 2014 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), corrispondente all'importo maggiore tra \$95 per adulto e l'1% del vostro reddito.

Altri fattori potrebbero influire sul pagamento di questa quota.

### Scoprite le opzioni sull'assicurazione sanitaria per il 2015.

- NY State of Health: Online sul sito [nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)  
Chiamando il numero 1-855-355-5777
- Società per i servizi alla comunità (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 SLCSP 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**): **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!



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

 **nystateofhealth**  
The Official Health Plan Marketplace

# 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 2014.\*

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		OMB No. 1545-0022
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> .		2014
<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 County and ZIP or foreign postal code		
<b>Part II Coverage Household</b>				
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				
<b>BLANK SAMPLE</b>				
<b>Part III Household Information</b>				
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				

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

**Community Service Society**

Fighting Poverty  
Strengthening  
New York

**nystateofhealth**  
The Official Health Plan Marketplace

# 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 attuale.

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

Se il vostro reddito attuale 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

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

Passo 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 SLCSP (Second Lowest Cost Silver Plan) per ogni mese di iscrizione al programma senza crediti d'imposta.

Passo 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 SLCSP 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**.