2014년 건강 보험에 가입하지 않았다면?

2014년 1월부터 다음 사항을 반드시 이행해야 합니다:

- 연간 적용되는 건강 보험에 가입하거나
- 건강 보험 면제 요건에 해당하거나
- 세금 신고 시 벌금을 납부해야 합니다.

벌금은 개인 공동 책임금(Individual Shared Responsibility Payment)입니다. 성인 당 $95 또는 소득 1% 중 더 많은 금액이 적용됩니다.

지불 금액에 다른 요건이 적용될 수 있습니다.

2015년에 적용되는 건강 보험 선택사항 확인하기

- NY State of Health:
  웹 사이트:
  nystateofhealth.ny.gov
  전화: 1-855-355-5777
- 지역사회 서비스 단체의 무료 대면 상담 전화:
  1-888-614-5400

무료 지원이 가능합니다

- SLCSP 획득 시 도움이 필요하거나, 1095-A 양식 또는 프리미엄 세금 공제에 관한 일반적인 정보를 원하시면 **Community Health Advocates로 전화하십시오: 1-888-614-5400.**
- 수정 양식 또는 대체 양식을 원하시면 **NY State of Health로 전화하십시오: 1-855-766-7860.**
- 세금 관련 질문이 있으시면 세무 전문가와 상담하시거나 **IRS** 웹사이트 www.irs.gov를 방문하십시오.

자세한 정보는 다음에서 확인하실 수 있습니다:

- http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits
- IRS www.irs.gov
- 세무 대행사

무료 서비스입니다.
다국어를 이용하실 수 있습니다.

11004 1/15

NY State of Health에서 1095-A 양식을 받으셨습니까?

저희가 도와 드리겠습니다!

Community Service Society | Fighting Poverty Strengthening New York

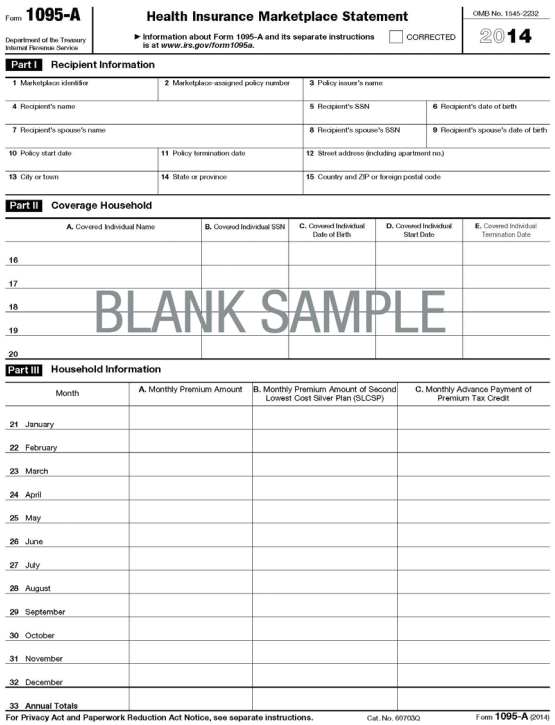
nystateofhealth The Official Health Plan Marketplace

IRS 1095-A 양식 이용 방법 설명

이 양식서는 우편으로 발송되며, 2014년 마켓플레이스 플랜에 등록한 경우 NY State of Health 계정에 게시됩니다.*

이 양식서를 보관하시고 포함된 지침을 확인하십시오.

세무 신고 작성 시 이 양식서를 활용하십시오.



Form **1095-A** — Health Insurance Marketplace Statement — OMB No. 1545-2232

Department of the Treasury Internal Revenue Service — ▶ Information about Form 1095-A and its separate instructions is at *www.irs.gov/form1095a*. — ☐ 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					

BLANK SAMPLE

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			

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 60703Q Form **1095-A** (2014)

*참고: 재난 보험 가입자에게는 이 양식이 제공되지 않습니다.

Community Service Society | Fighting Poverty Strengthening New York

nystateofhealth The Official Health Plan Marketplace

NY State of Health 1095-A 양식 이용 방법

한 달 혹은 그 이상 APTC를 이용했습니까?

그렇다면, 사용 금액은 예상 소득에 기반합니다. 사용한 세금 공제 금액을 실제 소득에 근거하여 이용할 수 있는 금액에 맞추어야 합니다.

한 달 혹은 그 이상에 대한 보험료를 전액 지불했습니까?

실소득이 400% FPL와 동일하거나 그 이하일 경우, 가입 시 재정 보조를 신청하지 않았거나, 사용하지 않았거나, 사용할 자격이 되지 않았더라도 프리미엄 세금 공제를 요청하실 수 있습니다.

프리미엄 세금 공제 조정/요청 방법

1단계: NY State of Health 1095-A 양식을 발송합니다.

2단계: 1095-A 양식을 사용해 IRS 8962 양식 작성을 완료합니다. 등록되었던 월마다 APTC가 있었다면 1095-A 양식이 작성 완료되어. 세금 공제 없이 등록되어 있다면 세금 공제 없이 등록되었던 월별 SLCSP (Second Lowest Cost Silver Plan) 보험료를 확인하십시오.

3단계: 연방 소득세 신고서를 1040 Series 중 해당 양식과 8962 양식을 이용해 제출하십시오.

도움이 필요하세요?

다국어로 된 정보를 http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits 에서 제공합니다.

SLCSP 획득 시 도움이 필요하거나, 1095-A 양식 또는 프리미엄 세금 공제에 관한 일반적인 정보를 원하시면 **Community Health Advocates**에 **1-888-614-5400** 으로 전화하십시오.

수정 양식 혹은 대체 양식이 필요하시면 **NY State of Health**에 **1-855-766-7860** 으로 전화하십시오.