



Le estamos enviando un importante documento fiscal:

Estamos enviándole este documento porque usted o un miembro de su familia se inscribió en un plan de cobertura de seguro médico sin asistencia financiera de NY State of Health, para una parte o para todo el año 2014. Usted o un miembro de su familia no calificó o no aceptó los pagos anticipados del crédito fiscal para primas de salud (PTC, por su siglas en inglés) cuando usted o un miembro de su familia se inscribió. El PTC es un crédito fiscal que le ofrece asistencia financiera para ayudar a compensar el costo de las primas de salud. Las personas que presentan su declaración de impuestos y son elegibles pueden reclamar el PTC en su declaración de impuesto sobre la renta federal. Para determinar si califica para el PTC visite el IRS en www.irs.gov. Debe presentar el formulario IRS 8962, crédito fiscal para primas de salud, para reclamar un crédito fiscal. El formulario 8962 está disponible en IRS en www.irs.gov. Esta carta le indica la información que necesita para llenar el formulario 8962.

Junto con esta carta encontrará un formulario 1095-A, Declaración del Mercado de Seguros Médicos. Usted recibirá un formulario 1095-A por cada plan en el que usted o un miembro de su familia fiscal se inscribió en 2014. El IRS define la familia fiscal en las instrucciones para el formulario 8962. También incluimos una tabla denominada: Monto de la prima mensual para 2014 de los Planes Plata (Silver) que son el segundo en costo más bajo (SLCSP, por su siglas en inglés). Necesita la tabla y el formulario 1095-A para llenar el formulario 8962 para reclamar el PTC.

ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA

...Si su ingreso personal o familiar es 400 % o menos del nivel de pobreza federal.

En general, únicamente las personas que presentan su declaración de impuestos y que tienen ingresos familiares anuales iguales o superiores al 100 % y que son iguales o menores al 400% del nivel federal de pobreza pueden reclamar PTC. Las instrucciones para llenar el formulario 8962 le ayudarán a determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad para este crédito.

Si el ingreso anual de su grupo familiar es menor del 100 % del nivel de pobreza federal, revise las instrucciones para el formulario 8962 para determinar si puede reclamar el PTC.

Si su ingreso es superior al 400 % del nivel de pobreza federal, usted no califica para el PTC. Puede hacer caso omiso de esta carta y no es necesario que presente el formulario 8962 con sus impuestos.

ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA

...Qué es un formulario 1095-A.

El formulario 1095-A es un documento fiscal como el W-2 o el formulario de la serie 1099 que usted podría usar para llenar su declaración de impuestos federal del 2014. Conserve esta información para sus expedientes. Le proporcionará información que usted necesita para llenar el formulario 8962.

El formulario 1095-A solo se emite para planes de salud calificados que se compraron en el Mercado de Seguros en los niveles Bronce (Bronze), Plata (Silver), Oro (Gold) y Platino (Platinum). El formulario 1095-A no se emite para planes catastróficos ni para Medicaid ni planes de Child Health Plus, pues los consumidores en estos planes no son elegibles para

el PTC.

ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA ...Cómo usar la Tabla SLCSP mensual

La tabla de SLCSP mensual tiene información que le servirá para llenar el formulario 8962. La primera columna de la tabla enumera los condados del Estado de Nueva York. Las siguientes cinco columnas indican los precios mensuales de las primas para los planes Plata (Silver) que son el segundo en costo más bajo (SLCSP) en ese condado para los diferentes tipos de seguros médicos. Esto también se conoce como prima mensual aplicable de SLCSP.

Para elegir la prima mensual de SLCSP correcta, debe identificar el condado en el que vivió cada mes. Si durante el 2014 usted se mudó de un condado a otro, debe elegir la prima mensual de SLCSP para cada mes que vivió en cada condado. Para elegir la prima mensual de SLCSP correcta, también debe identificar a la familia cubierta cada mes. La familia cubierta incluye a todas las personas en su familia fiscal que estén inscritas en un plan de salud y no incluye a nadie elegible para otra cobertura esencial mínima (MEC, por su siglas en inglés) (que se describe a continuación). La cantidad de personas en la familia cubierta puede cambiar cada mes. Con algunas excepciones, si un afiliado tiene acceso a otro MEC, no lo incluya dentro de la familia cubierta cuando elija el tipo de plan de seguro médico en la tabla de SLCSP. Esto es debido a que los individuos que tienen acceso a otro MEC no son elegibles para el PTC. Su prima mensual de SLCSP aplicable es la prima mensual de SLCSP que aplica para su condado y para la familia cubierta cada mes.

Los tipos de MEC incluyen, pero no se limitan a:

- Los programas patrocinados por el gobierno, como Medicaid, la parte A y la parte C de Medicare, TRICARE, beneficios administrados por el Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veteran Affairs) y Child Health Plus.
- La mayoría de las coberturas patrocinadas por el empleador.

Hay excepciones a las reglas para determinar si usted o un miembro de su familia son elegibles para MEC. Para obtener más información, consulte la Publicación 974 del IRS. Las instrucciones para el formulario 8962 y la publicación 974 también describen con más detalle quiénes son los miembros de la familia cubierta.

Abajo encontrará algunos ejemplos de familias cubiertas y la columna de la tabla de SLCSP con la prima mensual de SLCSP que debe usar cada uno. Si no encuentra un ejemplo que refleje a su familia o si tiene preguntas sobre qué columna debe usar, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos (se explica a continuación).

SU FAMILIA CUBIERTA INCLUYE ...**USE LA COLUMNA...**

USTED. Usted es la única persona en su familia cubierta.

Individual

USTED más SU CÓNYUGE. Usted y su cónyuge están en la misma familia cubierta.

Pareja

USTED más SU CÓNYUGE Usted y su cónyuge están inscritos en el mismo plan, **pero uno de ustedes tiene acceso a otro MEC.**

Individual

USTED Y SU PAREJA Usted y su pareja están inscritos en el **mismo** plan, pero pertenecen a diferentes familias cubiertas.

Individual

USTED más SUS HIJOS Usted y sus hijos están inscritos en el mismo plan.

Individual + hijo(s)

USTED más un HIJO. Usted y su hijo están inscritos en el mismo plan, **pero su hijo tiene acceso a otro MEC.**

Individual

USTED, SU CÓNYUGE más sus HIJOS. Usted, su cónyuge o su pareja de hecho y sus hijos están inscritos en el mismo plan.

Pareja + hijo(s)

Solo un HIJO Su hijo aún no ha cumplido los 21 años de edad y está inscrito en su propio plan.

Solo hijo

**ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA
...Con quién comunicarse para obtener ayuda.**

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario 1095-A, la cobertura esencial mínima, el PTC o la tabla de SLCSP, visite <http://info.nystateofhealth.ny.gov/taxcredits> o llame a la línea de ayuda de Community Health Advocates al 1-888-614-5400.

Si considera que cometimos un error en su formulario 1095-A, llame a NY State of Health al 1-855-766-7860.

Si tiene alguna pregunta del formulario 8962 o alguna pregunta relacionada con impuestos, visite www.irs.gov.