

중요한 세금 문서를 보내 드립니다.

귀하 또는 가족 구성원이 2015년의 일정 기간 또는 일년 내내 건강 보험료 지원을 받지 못한 경우, 귀하는 연방 소득세 신고를 위해 이 양식을 작성해야 할 수 있습니다.

귀하 또는 가족 구성원이 2015년에 마켓플레이스에서 건강 보험을 받았지만, 2015년의 일정 기간 또는 일년 내내 건강 보험료 지원을 받지 못했습니다. 귀하는 귀하의 소득에 따라 세금 정산 시기에 지원을 받을 수도 있습니다. 지원은 세금 공제 양식(보험료 세금 공제 또는 PTC라고도 함)의 형태로 이루어지며, 그에 따라 환급액이 증가하거나 2015년 연방 소득세를 위해 납부해야 할 세금이 감소할 수 있습니다.

연방 소득세 신고를 완료한 경우에는 귀하가 이 지원을 받을 수 있을지 결정하기 위해 IRS 양식 8962를 사용하십시오. IRS 양식 8962에 소득이 연방 빈곤선(Federal Poverty Line, FPL)의 400%으로 기재되어 있는 경우에는 지원을 받을 자격이 없습니다. 양식 8962는 www.irs.gov에서 받을 수 있습니다.

지원을 받는 방법은 다음과 같습니다.

소득이 연방정부 빈곤선(Federal Poverty Level, FPL)의 400% 이하인 경우 지원을 받는 방법은 다음과 같습니다. 연방 소득세 신고를 완료하면, 동봉된 양식 1095-A 및 동봉된 보험료 표를 사용해 IRS 양식 8962를 작성하십시오. IRS 양식 8962는 귀하가 얼마나 많은 지원을 받을 수 있는지 설명합니다.

귀하가 알아야 할 중요 사항

다른 양식을 받게 되는 이유

귀하 또는 귀하의 가족이 2015년에 등록한 각각의 브론즈, 실버, 골드 또는 플래티넘 건강 보험에 대한 양식 1095-A 한 부를 발송해드릴 것입니다. 재난 보험(Catastrophic plan) 또는 Medicaid 또는 Child Health Plus 플랜은 세금 공제를 받을 수 없기 때문에 이런 보험에는 양식 1095-A가 발송되지 않습니다.

양식 1095-A외에 다른 중요한 세금 신고 양식을 받을 수 있습니다. **양식 1095-B와 1095-C**가 그와 같은 양식입니다.

귀하 또는 가족 구성원이 2015년 일정 시점에 뉴욕에서 Medicaid or Child Health Plus에 등록되었다면, 뉴욕 주에서 양식 1095-B를 받게 됩니다. 다른 유형의 보장-(재난 보험(Catastrophic Plan), Medicare Part A 또는 C, TRICARE, TRICARE, 재향 군인의 담당 부서(Department of Veterans Affairs)의 혜택 또는 일정한 고용주 후원 건강 보험)에 등록했다면-다른 출처를 통해 양식 1095-B 또는 양식 1095-C를 받게 됩니다. 마켓플레이스는 양식 1095-A만 제공하며, 양식 1095-B 또는 양식 1095-C를 제공하지 않습니다.

질문에
대한 답변을 얻는
방법

양식 1095-A 또는 세금 공제 또는 보험료 표에 대한 질문이 있는 경우에는 <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>를 방문하거나 지역사회 건강 지원 헬프라인(Community Health Advocates' Helpline)에 1-888-614-5400번으로 전화하십시오.

양식 1095-A에 오류가 있다고 생각하는 경우 기록을 정정할 수 있도록 가능한 신속하게 NY State of Health에 1-855-766-7860번으로 전화하십시오.

귀하에게 발송되었을 수 있는 1095-B 또는 1095-C 세금 양식에 관한 질문이 있는 경우에는 이 양식에 기재된 전화번호로 문의하십시오.

양식 8962 또는 기타 세금 관련 문의는 www.irs.gov를 방문하십시오.

동봉된 표를 사용하여 양식 8962에 대한 월 SLCSP 보험료를 확인하는 방법

1단계

2015년에 해당 월에 거주했던 카운티를 확인하십시오.

2단계

보장 가족을 가장 적절하게 설명하는 제목 열(맞은 편)을 확인하십시오. 아래의 목록은 적절한 제목을 찾는 데 도움이 됩니다.

보장 가족에는 마켓플레이스 건강 플랜에 가입된 세금 가구에 해당하는 모든 구성원은 포함되고 다른 보장 자격에 해당되었던 모든 구성원은 제외됩니다. Medicaid, Child Health Plus, Medicare Part A 또는 C, TRICARE, 재향 군인의 담당 부서(Department of Veterans Affairs)의 혜택 및 대부분의 고용주가 부담하는 보장.

3단계

귀하의 카운티 반대쪽에 있는 열에서 금액(달러)을 선택하면, 이 금액이 매월 카운티와 보장 가족에 적용되는 월 SLCSP 보험료입니다.

2015년 동안 한 카운티에서 다른 카운티로 이주한 경우에는 각 카운티에 거주한 각 해당 월에 대한 월 보험료를 고르셔야 합니다. 또한 2015년에 보장 가족이 변경된 경우에는 각 달에 대한 적절한 보험료를 골라야 합니다. 이 양식을 작성하는 방법에 대한 자세한 내용은 IRS 간행물 974 및 IRS 양식 8962에 대한 지침을 읽으십시오.

커버리지 가족에 해당하는 구성원...

이용해야 하는 열...

귀하. 귀하가 귀하의 커버리지 가족의 유일한 구성원인 경우.

개인

귀하와 배우자. 귀하와 배우자가 동일한 커버리지 가족에 속하는 경우.

커플

귀하와 배우자. 귀하와 배우자가 같은 플랜에 가입되어 있으나 그 중 1명이 다른 MEC를 이용한 경우.

개인

귀하와 동거 파트너. 귀하와 동거 파트너가 같은 플랜에 가입되어 있으나 다른 커버리지 가족에 속하는 경우.

개인

귀하와 자녀(들). 귀하 및 자녀는 동일한 보험에 등록되어 있습니다.

개인 + 자녀

귀하와 1인 자녀. 귀하와 1인 자녀가 같은 플랜에 가입되어 있으나 자녀가 다른 MEC를 이용하는 경우.

개인

귀하, 배우자와 자녀(들). 귀하, 배우자 또는 동거 파트너와 자녀(들)가 같은 플랜에 가입되어 있는 경우.

커플 + 자녀

1인 자녀. 귀하의 자녀가 아직 21세 미만이며 본인의 개인 플랜에 가입되어 있는 경우.

자녀만