

LE ESTAMOS ENVIANDO UN IMPORTANTE DOCUMENTO FISCAL

Usted o un miembro de su familia no recibió ayuda para pagar el seguro médico de parte o todo el 2015 y puede necesitar este formulario para su declaración de impuestos federal

Usted o un miembro de su familia recibió ayuda a través del Mercado en línea en 2015, pero no obtuvo ayuda para pagar durante parte o todo el 2015. Dependiendo de sus ingresos, usted todavía puede obtener ayuda en la época de impuestos. La ayuda será como crédito fiscal (también se llama crédito de impuestos de primas o PTC) que podría aumentar su reembolso o disminuir la cantidad que debe pagar por los impuestos federales sobre la renta de 2015.

Al completar su declaración de impuestos federal, use el formulario 8962 de IRS para determinar si puede obtener esta ayuda. Si el formulario 8962 de IRS le indica que su ingreso es superior al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL), no califica para recibir ayuda. Puede obtener el formulario 8962 de IRS en www.irs.gov.

ESTA ES LA FORMA COMO PUEDE HACERLO

Si su ingreso es del 400 % del nivel federal de pobreza (FPL) o inferior, esta es la forma de obtener ayuda. Al completar su declaración de impuestos federal, llene el formulario 8962 de IRS utilizando el formulario 1095-A adjunto y el cuadro de primas adjunto. El formulario 8962 le indicará cuánta ayuda puede obtener.

ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA...

POR QUÉ PUEDE RECIBIR OTROS FORMULARIOS

Recibirá un formulario 1095-A por cada plan de salud Bronce (Bronze), Plata (Silver), Oro (Gold) y Platino (Platinum) en que esté inscrito usted o un miembro de su familia durante 2015. Recibirá más de un formulario 1095-A si realizó cambios en su cobertura en el Mercado en línea durante 2015. El formulario 1095-A no se envía para los planes catastróficos, Medicaid o los planes Child Health Plus, porque estos planes no son elegibles para los créditos fiscales.

Aparte del formulario 1095-A, es posible que reciba otros formularios fiscales importantes. Estos son los **formularios 1095-B** y **1095-C**.

Si usted o un miembro de la familia estuvo inscrito en los planes de Medicaid o Child Health Plus en Nueva York en algún momento de 2015, recibirá el formulario 1095-B del Estado de Nueva York. Si estuvo inscrito en otros tipos de cobertura, como un plan catastrófico, las Partes A y C de Medicare, TRICARE, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) o algún seguro de salud patrocinado por el empleador, recibirá el formulario 1095-B o el formulario 1095-C de otras fuentes. El Mercado en línea solo proporciona el formulario 1095-A y no proporciona el formulario 1095-B ni el formulario 1095-C.

**CÓMO
OBTENER
RESPUESTAS
A SUS
PREGUNTAS**

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario 1095-A, el crédito fiscal o el cuadro de primas, **visite <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits> o llame a la Línea de ayuda de Community Health al 1-888-614-5400.**

Si usted considera que cometimos un error en su formulario 1095-A, llame al NY State of Health **tan pronto como sea posible, al 1-855-766-7860** para que hagamos la corrección en el registro.

Si tiene alguna pregunta acerca de los formularios 1095-B o 1095-C que recibió, llame al número que se indica en los formularios.

Si tiene preguntas sobre el formulario 8962 de IRS u otras preguntas relacionadas con impuestos, visite **www.irs.gov**.

CÓMO USAR EL CUADRO ADJUNTO PARA ENCONTRAR SUS PRIMAS MENSUALES DE SLCSP PARA EL FORMULARIO 8962

Paso 1.

Encuentre el condado en que vivía durante cada mes de 2015

Paso 2.

Encuentre el encabezado de la columna (horizontalmente) que describa mejor su familia de cobertura. La siguiente lista le ayudará a encontrar el encabezado correcto.

Su familia de cobertura incluye a todas las personas incluidas en su familia de impuestos que están inscritas en un plan de salud del Mercado en línea y excluye a los que eran elegibles para otra cobertura; por ejemplo: Los beneficios de Medicaid, Child Health Plus, las Partes A o C de Medicare, TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) y la mayor parte de la cobertura patrocinada por empleadores.

Paso 3.

Seleccione el monto en dólares en la columna opuesta al condado y este monto es la prima mensual de SLCSP que corresponde a su condado y la familia de cobertura de cada mes.

Si se mudó de un condado a otro durante 2015, debe seleccionar la prima mensual de cada mes que vivió en cada condado. Y si su familia de cobertura cambió durante 2015, debe seleccionar la prima correspondiente de cada mes. Para obtener más información sobre cómo llenar este formulario, lea la publicación 974 de IRS y las instrucciones del formulario 8962 de IRS.

**SU FAMILIA DE COBERTURA
INCLUYE...**

**USE LA
COLUMNA...**

USTED. Usted es la única persona en su familia de cobertura.

INDIVIDUAL

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

PAREJA

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

INDIVIDUAL

USTED más SU PAREJA EN UNIÓN LIBRE. Usted y su pareja en unión libre están inscritos en el **mismo** plan pero están en diferentes familias de cobertura.

INDIVIDUAL

USTED más SU(S) HIJO(S). Usted y su(s) hijo(s) están inscritos en el mismo plan.

INDIVIDUAL + HIJOS

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

INDIVIDUAL

USTED, SU CÓNYUGE más SU(S) HIJO(S). Usted, su cónyuge o pareja en unión libre y su(s) hijo(s) están inscritos en el mismo plan.

PAREJA + HIJOS

UN HIJO solamente. Su hijo es menor de 21 años de edad y está inscrito en su propio plan.

SOLO HIJO