

## Что если вы не были застрахованы в 2014 году?

Начиная с января 2014 г. вы и члены вашей семьи обязаны:

- иметь годовую медицинскую страховку, или
- соответствовать критериям освобождения от участия в программе медицинского страхования, или
- уплатить штраф при подаче налоговой декларации.

Штраф за отсутствие медицинской страховки называют штрафной выплатой по индивидуальной ответственности. Его размер составляет 95 долларов на одного взрослого человека или 1 % от вашего дохода, в зависимости от того, какая из этих сумм больше. На размер штрафной выплаты также могут влиять и другие факторы.

### Узнайте о возможностях получить медицинскую страховку в 2015 г.

- NY State of Health:  
Через Интернет на веб-сайте [nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)  
По телефону 1-855-355-5777
- Community Service Society:  
бесплатная индивидуальная помощь Позвоните по номеру 1-888-614-5400

## Работает бесплатная служба поддержки



- Для получения дополнительной помощи при выборе второго по стоимости серебряного плана (SLCSP) или общей информации о форме 1095-A или налоговом вычете страховых взносов позвоните в организацию консультантов по общественному здравоохранению (**Community Health Advocates**): **1-888-614-5400**.
- Для получения откорректированной или новой формы обратитесь в **NY State of Health: 1-855-766-7860**.
- За помощью по вопросам налогообложения вы можете обратиться к налоговому консультанту или в Налоговую службу (**IRS**) по адресу [www.irs.gov](http://www.irs.gov).

**Дополнительную информацию** можно получить:

- на сайте <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- на сайте IRS по адресу [www.irs.gov](http://www.irs.gov)
- у специалистов по подготовке налоговых деклараций

**Услуги предоставляются бесплатно. Помощь доступна на различных языках.**

Вы еще не получили форму 1095-A, предоставляемую NY State of Health?

**Мы можем помочь!**



# Как использовать форму 1095-A, предоставляемую IRS

Данная форма будет выслана вам по почте, а также на адрес учетной записи в NY State of Health, если вы были зарегистрированы на Бирже страхования в 2014 г.\*

Сохраните данную форму и ознакомьтесь с прилагаемыми к ней инструкциями.

Используйте форму для подачи налоговой декларации.

Form <b>1095-A</b>		<b>Health Insurance Marketplace Statement</b>		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-enrolled 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			
<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					
20					
<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					
For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 697002 Form 1095-A (2014)					

\*Примечание. Лицам, подписанным на планы страхования катастрофических заболеваний, данная форма рассылаться не будет.



# Как пользоваться формой 1095-A, предоставленной NY State of Health

**Вы воспользовались налоговым вычетом страховых взносов (АПТС) за один месяц или более?**

В таком случае сумма вычета рассчитывалась на основе вашего предполагаемого дохода. Вам необходимо произвести перерасчет суммы предоставленного вам вычета с учетом размера причитающейся вам льготы, исходя из фактически получаемого вами дохода.

**Вы оплачивали полную стоимость медицинской страховки в течение одного месяца или более?**

Если сумма фактически получаемого вами дохода меньше или равна 400 % от федерального уровня прожиточного минимума, вы можете претендовать на получение налогового вычета страховых взносов, даже если на момент участия в программе страхования вы не подавали заявления на получение материальной помощи, не пользовались ею или не соответствовали критериям ее получения.

## Вам нужна помощь?

Необходимые ресурсы доступны на **нескольких языках** на веб-сайте <http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

Для получения дополнительной помощи при выборе плана SLCSP или общей информации о форме 1095-A или налоговом вычете страховых взносов позвоните в организацию **Community Health Advocates** по номеру **1-888-614-5400**.

Для получения откорректированной или новой формы обратитесь в **NY State of Health** по телефону **1-855-766-7860**.

**Как произвести перерасчет/подать заявку на получение налогового вычета страховых взносов**

Шаг 1. NY State of Health вышлет вам форму 1095-A.

Шаг 2. Используйте форму 1095-A для заполнения формы 8962, предоставленной IRS. Если вы получали АПТС каждый месяц действия вашей страховки, то форму 1095-A заполнять не нужно. Если вы участвовали в программе страхования и не получали налогового вычета, вам необходимо определить сумму страховых взносов по плану SLCSP за каждый месяц действия вашей страховой программы.

Шаг 3. Подайте налоговую декларацию, воспользовавшись соответствующей формой серии 1040, а также формой 8962.