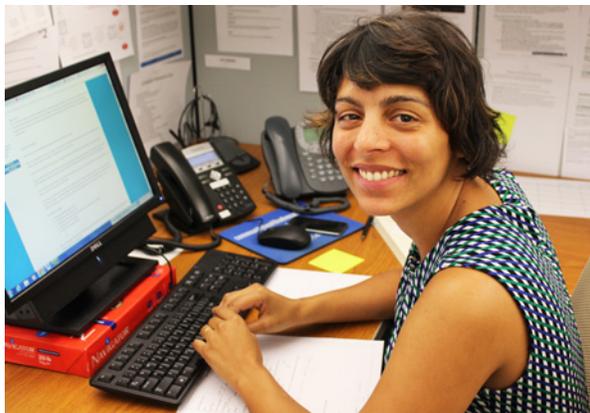


您是否有關於您的表單 1095-A 的疑問？

我們可協助您！



您可使用以下免費協助



- 若想在選擇次低費用銀級計畫 (Second Lowest Cost Silver Plan) 時獲得額外協助，或是取得表單 1095-A 或保費抵減稅額的一般資訊，請致電 **Community Health Advocates**，電話號碼：**1-888-614-5400**。
- 要獲得已更正的表單或替代表單，請致電 **NY State of Health**，電話號碼：**1-855-766-7860**。
- 稅務問題請洽您的稅務顧問，或造訪 **IRS** 網站，網址為 www.irs.gov。

如需詳細資訊，請造訪：

- <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- IRS 網站，網址為 www.irs.gov
- 報稅代理人

NY State of Health 遵守適用的聯邦民權法與州法律，禁止基於種族、膚色、國籍、信仰 / 宗教、性別、年齡、婚姻 / 家庭狀況、殘障、前科紀錄、犯罪判刑定讞、性別認同、性傾向、潛在基因特徵、兵役狀態、家暴受害者身分和 / 或報復等原因的歧視行為。

我們免費提供服務。
可使用不同語言。

2021 年重要資訊

根據 2021 年 3 月生效的《美國援助計畫法案》，稅收抵免額較高的現有 New York State of Health 投保人、收入較高的紐約居民有史以來首次符合 APTC 的資格，並且，2021 年領取了至少一個星期失業救濟金的消費者，現已符合保費稅收抵免最大額度的資格，以幫助減少每個月的保費支出。

保險的變更情況和更新後的稅收抵免均反映在消費者所有適用月份的 1095A 表格中。

瞭解您 2022 年的健康保險選項。

- NY State of Health：
上網請至：nystateofhealth.ny.gov
來電請撥：1-855-355-5777
- 社區服務協會提供免費的面對面協助，電話：1-888-614-5400

瞭解如何使用 IRS 的表單 1095-A

若您在 2021 年投保了交易市場計畫，則這份表單會郵寄給您，並會發佈在您的 NY State of Health 帳戶中。

*

請保存此表單，並詳閱信中的說明。

使用此表單完成報稅。

Form 1095-A Health Insurance Marketplace Statement

Department of the Treasury Internal Revenue Service

Do not attach to your tax return. Keep for your records. Go to www.irs.gov/Form1095A for instructions and the latest information.

OMB No. 1545-0047

2021

Corrected

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)

13. City or town

14. State or province

15. Country and ZIP or foreign postal code

Part II Covered Individuals

A. Covered individual name

B. Covered individual SSN

C. Covered individual date of birth

D. Coverage start date

E. Coverage termination date

16.

17.

18.

19.

20.

Part III Coverage Information

Month

A. Monthly enrollment premium

B. Monthly second lowest cost alternative (SLCSP) premium

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.

Use No. 487020

Form 1095-A 2021

* 注意：已投保重大傷病計畫者不會收到此表單。

如何使用 NY State of Health 的表單 1095-A

您是否曾使用一個月或更久的 APTC？

如果是，您所使用的金額將基於您的預估收入。您必須協調所使用的抵減稅額，使其符合根據您實際收入所符合資格的抵減金額。

您是否已支付一個月或更久的全額計畫費用？

如果您的實際收入低於您的估計收入，您也許可以申請保費稅收抵免 (Premium Tax Credit)，即使您在參保時沒有申請、沒有使用或沒有資格獲得經濟援助。

如何協調 / 申請保費抵減稅額

第 1 步：NY State of Health 會寄給您表單 1095-A。

第 2 步：請使用表單 1095-A 完成 IRS 的表單 8962。若您在投保期間每月皆使用 APTC，您的表單 1095-A 便已全部填寫完成。若您投保時並沒有抵減稅額，您需要找出您投保期間沒有抵減稅額時，每個月的次低費用銀級計畫 (SLCSP) 保費。

第 3 步：繳交您的聯邦納稅申報單 (使用 1040 系列中的適當表單與表單 8962)。

需要幫助嗎？

我們提供多種語言版本的資源，請洽網址 <http://www.info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

如需索取關於表單 1095-A 或保費抵減稅額的一般資訊，請致電 **Community Health Advocates**，電話號碼：1-888-614-5400。

要獲得已更正的表單或替代表單，請致電 NY State of Health，電話號碼：1-855-766-7860。