

معلومات مهمة لعام 2024

بموجب خطة الإنقاذ الأمريكية التي تم سنها في مارس 2021، حصل المسجلون الحاليون في وكالة New York State of Health على تخفيضات ضريبية أكبر، وأصبح سكان نيويورك ذوو الدخل المرتفع مؤهلين للحصول على أقساط التخفيضات الضريبية المسبقة (APTC) لأول مرة على الإطلاق. يُمدد قانون الحد من التضخم، الذي صدر في أغسطس 2022، هذه المساعدة المالية المعززة حتى نهاية عام 2025.

إذا تلقيت أقساط التخفيضات الضريبية المسبقة (APTC) لتقليل أقساط الخطة الصحية المؤهلة (QHP) هذا العام، وتريدمواصلة الشيء ذاته في العام المقبل، فإنه يجب عليك:

- تقديم إقرارك الضريبي الفيدرالي
- تقديم النموذج 8962 مع إقرارك الضريبي الفيدرالي

*المساعدة في تفادي حدوث أي انقطاع في تلقي APTC، من المهم تقديم إقرارك الضريبي الفيدرالي بشكل صحيح وفي موعده

تعرف على خيارات التأمين الصحي لعام 2025.

• عبر الإنترنت على NY State of Health

nystateofhealth.ny.gov

• عبر الهاتف على الرقم 1-855-355-5777

• جمعية خدمة المجتمع للحصول على

مساعدة مجانية عن طريق الهاتف أو

المقابلة الشخصية، اتصل على الرقم

1-888-614-5400

المساعدة المجانية متاحة



- لمزيد من المعلومات حول النموذج A-1095 أو خصم القسط الضريبي أو تحديد قسط ثانٍ أدنى خطة فضية من حيث التكلفة (SLCSP)، تواصل مع **Community Health Advocates** على الرقم 1-888-614-5400.
- احصل على نموذج مصحح أو نموذج بديل عن طريق الاتصال بـ NY State of Health 1-855-766-7860.
- للأسئلة الخاصة بالضرائب، يرجى استشارة مستشارك الضريبي أو الاتصال بـ دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على www.irs.gov.

يمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات على:

<http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>

www.irs.gov

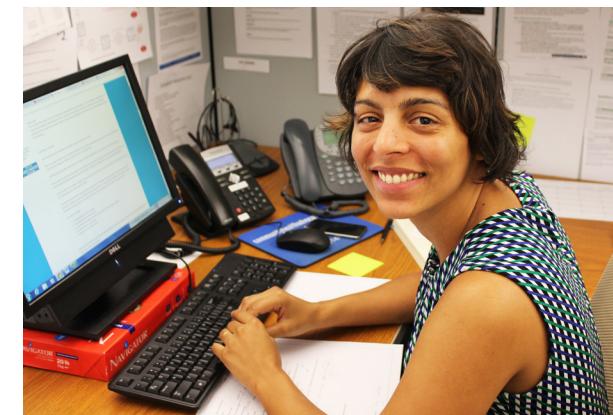
مدعو الضرائب

<https://irs.treasury.gov/freetaxprep/>

تمثل NY State of Health NY لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الولاية السارية ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العقيدة الدين أو الجنس أو العمر أو الحالة الزوجية/العائلية أو الإعاقة أو سجل الاعتقال أو الإدانة (الإدانات) الجنائية أو الهوية الجنسية أو الميول الجنسية أو تباينة الخصائص الجنينية أو الوضع العسكري أو حالة ضحايا العنف الأسري وأو الانتقام.

هل لديك أسئلة
حول النموذج
؟ 1095-A

يمكننا مساعدتك!



خدماتنا مجانية.
نحن نتحدث لغات مختلفة.

كيفية استخدام النموذج 1095-A من NY State of Health

كيفية التوفيق/المطالبة بخصم القسط الضريبي
الخطوة 1: سترسل لك NY State of Health نموذج 1095-A.

الخطوة 2: استخدم النموذج 1095-A لإكمال نموذج IRS 8962. إذا كان لديك إعفاء APTC كل شهر تم تسجيلك فيه، فقد تم إكمال النموذج 1095-A بالكامل من أجلك. إذا كنت مسجلاً بدون إعفاءات ضريبية، فأنت بحاجة إلى تحديد قسط ثانٍ أدنى خطة فضية من حيث التكلفة (SLCSP) لكل شهر كنت مسجلاً بدون إعفاءات ضريبية.

الخطوة 3: قم بتقديم إقرارك الضريبي الفيدرالي، باستخدام النموذج المناسب من سلسلة 8962 Series 1040 والنموذج

هل استخدمت APTC لمدة شهر أو أكثر؟
إذا كان الأمر كذلك، فإن المبلغ الذي استخدمته يعتمد على دخلك المقدر. أنت مطالب بتسوية مبلغ الإعفاءات الضريبية الذي استخدمته مع المبلغ الذي تكون مؤهلاً له بناءً على دخلك الفعلي.

هل دفعت التكلفة الكاملة لخطتك لمدة شهر أو أكثر؟
إذا كان دخلك الفعلي أقل من دخلك المقدر، فقد تتمكن من المطالبة بخصم القسط الضريبي، حتى إذا لم تكن قد تقدمت بطلب أو لم تستخدمه أو لم تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة المالية عندما كنت مسجلاً.

فهم كيفية استخدام النموذج 1095-A الخاص بدائرة الإيرادات الداخلية

سيأتي هذا النموذج عبر البريد وسيتم نشره في حساب NY State of Health في خطة Marketplace لعام 2024.*

احتفظ بهذا النموذج واقرأ التعليمات المرفقة به.
استخدم هذا النموذج لإكمال ضرائبك.

Form 1095-A		Health Insurance Marketplace Statement		<input type="checkbox"/> VOID	OMB No. 1545-2222
Department of the Treasury Internal Revenue Service		<input type="checkbox"/> Do not attach to your tax return. Keep for your records.			
		<input type="checkbox"/> CORRECTED			
		Go to www.irs.gov/Form1095A for instructions and the latest information.			
2024					
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 no.)
13 City or town	14 State or province	15 County and ZIP or foreign postal code	16	17	18
19	20	21	22	23	24
Part II Covered Individuals					
A. Covered individual name	B. Covered individual SSN	C. Covered individual date of birth	D. Coverage start date	E. Coverage terminate date	25
26	27	28	29	30	31
32	33	34	35	36	37
Part III Coverage Information					
Month	A. Monthly enrollment premiums	B. Monthly second lowest cost silver plan (SLCSP) premium	C. Monthly advance payment of premium tax credit	38	39
January				40	41
February				42	43
March				44	45
April				46	47
May				48	49
June				50	51
July				52	53
August				54	55
September				56	57
October				58	59
November				60	61
December				62	63
33 Annual Totals: For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions.					
Cat. No. 6070Z Form 1095-A (2021)					

*ملاحظة: الأشخاص الذين لديهم خطط كارثية لن يتلقوا هذا النموذج.

احصل على معلومات عامة حول النموذج 1095-A أو خصم القسط الضريبي عن طريق الاتصال بـ 1-888-614-5400 على الرقم Community Health Advocates.

احصل على نموذج مصحح أو نموذج بديل عن طريق الاتصال بـ NY State of Health على الرقم 1-855-766-7860.

