

معلومات مهمة لعام 2025

بموجب خطة الإنقاذ الأمريكية التي تم سنّها 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، وتريد مواصلة الشيء ذاته في العام المقبل، فإنه يجب عليك:

1. تقديم إقرارك الضريبي الفيدرالي
 2. تقديم النموذج 8962 مع إقرارك الضريبي الفيدرالي
- *للمساعدة في تفادي حدوث أي انقطاع في تلقي APTC، من المهم تقديم إقرارك الضريبي الفيدرالي بشكل صحيح وفي موعده

تعرف على خيارات التأمين الصحي لعام 2024.

- NY State of Health: عبر الإنترنت على موقع 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 1095-A 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 بدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على www.irs.gov.

يمكن الاطلاع على المزيد من المعلومات على:

- <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>
- دائرة الإيرادات الداخلية على www.irs.gov
- معدو الضرائب
- <https://irs.treasury.gov/freetaxprep/>

تمثل NY State of Health 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 تهيئة الخصائص الجينية أو الوضع العسكري أو حالة ضحايا العنف الأسري و/أو الانتقام.

خدماتنا مجانية.
نحن نتحدث لغات مختلفة.

هل لديك أسئلة حول النموذج 1095-A؟

يُمكننا مُساعدتك!



كيفية استخدام النموذج 1095-A من NY State of Health

كيفية التوفيق/المطالبة بخصم القسط الضريبي
الخطوة 1: سترسل لك NY State of Health النموذج
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 ثاني 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
Series 1040 والنموذج 8962.

هل استخدمت APTC لمدة شهر أو أكثر؟
إذا كان الأمر كذلك، فإن المبلغ الذي استخدمته يعتمد
على ذلك المقدّر. 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 المقدّر، فقد تتمكن
من المطالبة بخصم القسط الضريبي، حتى إذا لم تكن قد
تقدمت بطلب أو لم تستخدمه أو لم تكن مؤهلاً للحصول
على المساعدة المالية عندما كنت مسجلاً.

هل تحتاج إلى مساعدة؟

الموارد متوفرة بعدة لغات على

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

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

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

فهم كيفية استخدام النموذج 1095-A الخاص بدائرة الإيرادات الداخلية

سيأتي هذا النموذج عبر البريد وسيتم نشره في حساب
NY State of Health الخاص بك إذا قمت بالتسجيل
في خطة Marketplace لعام 2025.*

احتفظ بهذا النموذج وقرأ التعليمات المرفقة به.

استخدم هذا النموذج لإكمال ضرائبك.

Form 1095-A Health Insurance Marketplace Statement

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

OMB No. 1545-0047 2025

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. 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

Months	A. Monthly enrollment premiums	B. Monthly second lowest cost silver plan (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. Cat No. 071002 Form 1095-A (2025)

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