

معلومات مهمة لعام 2023

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. ومدّ قانون تخفيض التضخم الذي تم سنّه في أغسطس 2022. هذه المساعدة المالية المُعززة حتى 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
- 1-855-355-5777 عبر الهاتف على الرقم
- 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 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/>

تمتثل 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 A-1095؟

يُمكننا مساعدتك!



كيفية استخدام النموذج A-1095 من NY State of Health

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

الخطوة 2: استخدم النموذج A-1095 لإكمال نموذج
IRS 8962. إذا كان لديك إعفاء APTC
كل شهر تم تسجيلك فيه، فقد تم إكمال
النموذج A-1095 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 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 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 A-1095 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 A-1095 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 2023.*
احتفظ بهذا النموذج وقرأ التعليمات المرفقة به.

استخدم هذا النموذج لإكمال ضرائبك.

Form 1095-A Health Insurance Marketplace Statement		VOID	OMB No. 1545-2202	
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.		CORRECTED 2023		
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				
Month	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				

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